Rok XLII. Kraków 28 Lutego 1903. Nr. 9.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Sprawność lecznicza żelaza.

Napisał

Edmund Biernacki.

Działanie pożyteczne żelaza w niedokrewności, wzgl. w blednicy, należy do najbardziej uznanych faktów empiryi lekarskiej, uważane jest poniekąd za „pewnik“ terapeutyczny. Zapewne i co do tego „pewnika“ zdarzy się głos sceptyczny [1]): i np. F. A. Hoffmann w swej „Terapii ogólnej“ mógł przytoczyć nazwiska kilku klinicystów, nieuznających swoistego działania żelaza, przynajmniej nie przypisujących mu większego znaczenia w leczeniu niedokrewności, niż takim czynnikom, jak dobre odżywianie, powietrze i t. p. Głosy tego rodzaju, częstsze dawniej, w ostatniem dziesięcioleciu stają się niewątpliwie coraz rzadsze, chociaż wielu zgadza się na to, iż w „uporczywej“ blednicy i niedokrewności zwykle używane przetwory żelaza (nieorganiczne) nie zawsze są skuteczne, nawet nieraz zawodzą.

Że co do działania swoistego żelaza mogą powstawać wątpliwości, zależy to głównie, mniemam, od drogi, na jakiej żelazo uzyskało wstęp do lecznictwa. Otóż uczyniło je „specyfikiem“ przeciw blednicy, „lekarstwem na anemię“, podobnie jak i wiele innych środków leczniczych — zasadniczo „wrażenie“ terapeutyczne, „doświadczenie“ lekarskie, ale nie uświadomione postępowanie dowodowe w myśl wymagań teoryopoznawczych. Po używaniu żelaza w tylu przypadkach blednicy, czy niedokrewności, nastąpiła poprawa lub wyleczenie, nawet nastąpiła „szybko“, — *ergo* poprawa lub wyleczenie nastąpiły przez żelazo. W tym sensie pisano i piszą jeszcze dotychczas wiele historyi chorób jako „dowody“ działania tego lub innego przetworu żelaza. Dowody tego rodzaju byłyby napewno wystarczającymi, gdyby naprzód nie ulegało wątpliwości, że przebieg blednicy lub niedokrewności jest czemś nieruchomem, sama choroba czemś, co, że powiemy, tylko wyczekuje na przepisanie pigułek żelezistych. Tymczasem należy uznać samoleczenie blednicy równie podstawowo, jak je uznajemy względem całokształtu stanów patologicznych. Przecież o przypadkach śmierci z blednicy prawie się nigdy nie słyszy; po drugie — po przejściu okresu dojrzałości płciowej blednica zdarza się bardzo rzadko. A nareszcie — przy starannych wywiadach możemy się dość często dowiedzieć, że nasza pacyentka szpitalna w 15 czy 18 roku życia zbladła, osłabła, miesiączka stała się mniej obfitą lub znikła nawet zupełnie, — trwało to wszystko kilka tygodni, czy parę miesięcy i przeszło „bez lekarstwa“. Właśnie względem „szpitalnej“ klasy ludności, to jest względem warstw ludności uboższej, jest wysoce prawdopodobnem, że do lekarza i szpitala trafiają tylko najcięższe przypadki blednicy, natomiast liczne lżejsze ustępują wyłącznie dzięki samoleczeniu.

Wobec tego wszystkiego niejeden klinicysta mógł i może zapatrywać się sceptycznie na wyleczenia „przez“ żelazo i uważać je zasadniczo za następstwo samoleczenia. Odkąd jednak (głównie dzięki pracy Duncana) zaczęto upatrywać istotę blednicy w zubożeniu krwi w hemoglobinę, łatwo mógł nastąpić zwrot w pojęciach na korzyść żelaza. Przyjmowanie żelaza przeciwdziała tą czy inną drogą zasadniczej szkodliwości chorobowej (porównaj dawniejsze teorye o działaniu żelaza przy blednicy), — ztąd „rozumie się samo przez się“, iż żelazo leczy, nawet powinno leczyć blednicę i niedokrewność.

Jednakże tego rodzaju „zrozumiałość“ i nieodzowność działania żelaza przez długie lata natrafiała na silne przeszkody, z powodu, iż, jak wiadomo, jeszcze przed 10—15 laty nie uznawano wchłaniania żelaza z przewodu pokarmowego (Bunge, Kobert). Dzięki jednak pracom Gottlieba, Kunkela, Hochhausa i Quinckego, Gaulego, Halla, Honigmanna [2]) i t. d., nareszcie A. Hoffmanna [3]) rozstrzygnięto ostatecznie te pytania w znaczeniu dodatniem. Żelazo ulega wessaniu zarówno w dwunastnicy, jak w jelicie (Cloetta [4]), a wedle Hary [5]) nawet i w żołądku, przyczem żelazo przyswojone zostaje wydalanem z ustroju głównie przez żółć.

Stwierdzenie tych faktów usunęło pewną część wątpliwości. Z drugiej strony już od dość dawna starano się wykazać doświadczalnie działanie krwiotwórcze żelaza.

[1]) Por. Sobierański: Uwagi krytyczne nad farmakologią żelaza. *Przegląd lekarski,* Nr. 4 i 5. 1893. Nowsze prace nad farmakologią żelaza. *Nowiny lekarskie,* Nr. 1 i 2, 1895.

[2]) Gottlieb: Ueber die Ausscheidungsverhältnisse des Eisens. (Zeitschr. f. physiolog. Chemie, XV. 1891). Kunkel: Zur Frage der Eisenresorption. (Pflüger's Archiv, 1891, Bd. L.). Hochhaus und Quincke: Archiv. f. experiment. Pathologie und Pharmakologie, 1896. Gaule: Deutsche medicin. Wochenschr., 1896, Nr. 19 i 24. — Hall: Archiv f. Anatomie und Physiologie. Physiolog. Abtheilung, 1894 i 1896. Honigmann: Bemerkungen zur Frage über die Eisenresorption und Eisenausscheidung beim Menschen. (Virchow's Archiv, Bd. 152. Heft 1. 1898).

[3]) A. Hoffmann: Die Rolle des Eisens bei der Blutbildung. (München. medicin. Wochenschrift, 1899, Nr. 29). — Ten sam: Virchow's Archiv, Bd. 151, H. 3. 1898. Patrz także pracę Fr. Müllera: Experimentelle Beiträge zur Eisentherapie. Referat w München. medicin Wochenschrift, 1900, Nr 50. Także: H Landau: Experimentelle Untersuchungen über das Verhalten des Eisens im Organismus der Thiere und Menschen Zeitschr. f. klin. Medicin, 1902 Bd 46, H. 1—4 oraz: Książka jubileuszowa Dra T. Dunina.

[4]) M. Cloetta: Kann das medicamentöse Eisen nur im Duodenum resorbirt werden? Archiv f. experiment. Pathologie und Pharmakologie, 1900. Bd. 44, H. 5 i 6.

[5]) Hary: Ueber Eisenresorption im Magen und Duodenum. (Archiv f. Verdauungskrankheiten, Bd. IV, 1898).

W tym kierunku bardzo zasługują na uwagę prace, niestety mało przystępne i mało znane, mego pierwszego nauczyciela i kierownika, już nieżyjącego prof. Thumasa z Warszawy. W licznych doświadczeniach porównawczych na psach prawidłowych i psach, sztucznie uczynionych niedokrwistymi, (po upuście 15—55% całej ilości krwi), Thumas[6]) stwierdził, iż przy dawaniu z pokarmem (lub podskórnem wprowadzaniu) żelaza *(ferrum hydrog. reductum, fer. pyrophosphoricum cum natrio citrico)* nietylko liczba ciałek czerwonych oraz zawartość barwnika, ale i ogólna ilość krwi szybciej powraca do stanu prawidłowego, niż bez żelaza. W każdym razie fakt ten niezawodnie stwierdzał Thumas dopiero przy większych upustach krwi. W tej samej pracowni zauważył Skworcow[7]) na psie, znajdującym się w równowadze azotowej, iż przy dawaniu z pokarmem żelaza *(fer. hydrog. reductum)* po upuście 26—34% całej ilości krwi zarówno zawartość hemoglobiny, jak waga zwierzęcia wracają do normy 2—3 razy szybciej, niż bez żelaza. Doświadczenie było urządzone w ten sposób, że żelazo zaczęto dawać zwierzęciu po drugim upuście krwi (34% całej ilości), kiedy po pierwszym (26% całej ilości) krew powróciła do stanu prawidłowego: nastąpiło zaś to w 15 dni po upuście krwi. Przy żelazie stwierdzono regeneracyę hemoglobiny już dnia 10-go; wtedy uczyniono dla kontroli jeszcze jeden upust krwi i żelaza nie dawano. Szybkość powrotu do normy była taka sama, jak po upuście pierwszym.

Podobne doświadczenia na królikach wykonywał w ostatnich czasach A. Hoffmann[8]). Wartość tych prac doświadczalnych, szczególnie dawniejszych, nieco umniejsza jedynie ta okoliczność, iż określenia hemoglobiny wykonywane były kolorymetrycznie, w dodatku pierwotnymi przyrządami (Malasseza). Poza tem nie można odmówić tym pracom siły dowodowej: niewątpliwie tego rodzaju poszukiwania wzmagały i wzmagają znaczenie wskazówek klinicznych co do swoistego wpływu żelaza w niedokrewności. Obecnie też nawet farmakolodzy zawodowi uważają działanie krwiotwórcze żelaza za fakt dokonany i punkt ciężkości poszukiwań teoretycznych przesuwa się w inną stronę. Chodzi mianowicie już mniej o kwestyę, czy, niż w jaki sposób żelazo działa krwiotwórczo. We względzie ostatnim zaczyna coraz bardziej przeważać pogląd, iż przy leczeniu niedokrewności nie chodzi właściwie o dowóz żelaza, jako materyału do wytwarzania barwika krwi, ile o podnietę, bodziec, jakim staje się wchłonięte żelazo dla narządów krwiotwórczych, przedewszystkiem dla szpiku kostnego (v. Noorden, A. Hoffmann i in.).

Jak widzimy z powyższego streszczenia, działanie krwiotwórcze żelaza w stanach niedokrewnych u człowieka dowodzonem czy dowiedzionem jest tylko ubocznie, pośrednio; natomiast dotychczas brak w tym kierunku dowodu bezpośredniego, zyskanego na drodze empiryczno-klinicznej. Otóż pośród swych licznych spostrzeżeń hematologicznych posiadam szereg przypadków, które w zestawieniu z pewnymi materyałami z piśmiennictwa mogą przyczynić się do usunięcia tego braku. Bardzo ważną jest okoliczność, iż przypadki odnośne znajdowały się w warunkach jednakowych przy spostrzeganiu: wszystkie chore (w moim oddziale szpitalnym w Wolskim szpitalu w Warszawie lub w praktyce prywatnej) leżały w łóżku i zawsze leczone były jednym i tym samym przetworem żelaza *(ferrum hydrogenio reductum)* bez dodatku arszeniku (jak to bardzo często bywa), a tylko z małą ilością wyciągu rabarbarowego. Dawano w pigułkach od 0,4 (w dawkach stopniowo zwiększanych) do 1,0—1,2 grm. dziennie. Badanie krwi (z palca) dokonywane było zwykle tylko dwa razy: przed rozpoczęciem leczenia i po raz drugi, gdy chora zaczęła się uważać za zdrową i życzyła sobie opuścić szpital, wzgl. łóżko. Punkt ciężkości przy badaniu krwi, oprócz określenia liczby ciałek czerwonych, polegał na określeniu zawartości wody we krwi metodą wagową — stosownie do zasad, rozebranych przeze mnie szczegółowo w innem miejscu[9]). Zawartość wody, wzgl. zawartość pozostałości suchej we krwi ludzkiej jest wielkością równie stałą, wahającą się w równie określonych granicach, jak prawidłowa ciepłota ciała ludzkiego: we krwi zdrowego, dorosłego człowieka, mężczyzny czy kobiety, znajdujemy 20,5—22% pozostałości suchej. Stwierdzenie tej ilości, zamiast poprzednich 12—14—16%, jakie znajdujemy w mocno rozwiniętej blednicy, dowiedzie też powrotu do stanu prawidłowego. Wogóle tego rodzaju określenia są, jak dotychczas, najpewniejszym miernikiem przebiegu choroby.

Otóż w całym szeregu przypadków blednicy prawidłową zawartość wody we krwi, zarówno jak prawidłową liczbę ciałek czerwonych, można było stwierdzić już po 15 do 28 dniach leczenia żelazem. Np.[10]).

I. *M. A.* lat 20, cierpi na ciężką blednicę i brak miesiączki od 6 tygodni. Spostrzeżenie szpitalne.

W dniu rozpoczęcia leczenia: ciałek czerwonych w 1 mlm. sz. 3.350.000; białych — 9375; pozostałości suchej — 14,52%.

Po 15 dniach leczenia: czerw. — 5,080.000; białych — 6250; substancyi suchej — 19,97%.

Miesiączka powróciła dnia 10-go leczenia.

II. *Galk.*, lat 16. Wybitna blednica ze szmerami w sercu, bladożółtą cerą i t. d. od 6—8 tygodni. Przy wstąpieniu na oddział dnia 20 V: ciałek czerwonych — 4,890,000; białych — 6250; pozostał. suchej — 16,59%.

Dnia 7. V, t. j. po 18 dniach leczenia: czerwonych — 5,520,000; białych — 6250; pozostał. such. — 20,02%.

Obfita miesiączka dnia 11-go leczenia.

III. *Zarz.*, lat 16. Chora od dwóch miesięcy. Ciałek czerwonych 3,850,000; białych — 6250; pozostał. suchej — 14,14%. (Przy wstąpieniu na oddział dnia 10. II).

Dnia 7. III, to jest po 25 dniach leczenia. Ciałek czerwonych — 5,650.000; białych — 12500; pozostał. suchej — 21,05%.

Miesiączka zjawiła się dnia 22-go leczenia.

IV. *Tr.*, lat 20, chora od kilku miesięcy (z praktyki prywatnej). Ciałek czerwonych — 4,330,000; biał. — 3125; substancyi suchej — 17,15%.

Po 28 dniach leczenia: czerwonych — 5,620,000; białych — 3125; pozostał suchej 22,16%.

---

[6]) Thumas: O farmakologii żelaza (jego znaczenie przy tworzeniu krwi). Prace rosyjskiego Towarz. lekarskiego w Warszawie, 1889, I. 1. (po rosyjsku). Ogłoszono tylko jako referat.

[7]) Skworcow: Przyczynek do farmakologii preparatów żelaza. (Wracz, 1888, Nr. 29 (po rosyjsku)).

[8]) *Loc. cit.*

[9]) Por. pracę moją: „O badaniu krwi we względzie praktycznym". (Gazeta lekarska, 1900, Nr. 50—52). Także: Hämatologische Diagnostik in der praktischen Medicin. (Sammlung klinischer Vorträge, Nr. 306. 1901).

[10]) Niektóre z rozbiorów poniższych uczynione były przy łaskawej pomocy dra J. Laskowskiego, byłego asystenta w moim oddziale Wolskiego szpitala w Warszawie.

V. U 19-letniej panny z praktyki prywatnej z silną błednicą (szmery w sercu) znaleziono po 21 dniach leczenia: ciałek czerwon. — 5,420,000; biał. — 3125; pozostał. suchej — 19.36% Zdaje się, że to były wartości najwyższe, jakie u tej chorej w danym okresie choroby można było otrzymać, ponieważ po dalszych 34 dniach leczenia wynik badania krwi był taki sam: ciałek czerwonych — 5,010,000; białych — 6250; pozostał. such. — 19,62%. Zresztą osoba ta czuła się zupełnie dobrze już po 21 dniach leczenia i stan jej nie zmienił się wyraźnie po następnych 34 dniach.

VI. *Rad.*, 22 lat. Przy wstąpieniu do szpitala: ciałek czerwonych — 4,040,000; białych 6250; pozostał. suchej — 14,64%

Przy wypisaniu się z oddziału po 40 dniach leczenia znaleziono: ciałek czerwonych — 5,837,500; białych — 3250; pozostał. suchej — 21,44%.

Miesiączka zjawiła się w 20-tym dniu leczenia i chora już wtedy czuła się zupełnie zdrową: niestety zaniedbano uczynić badania krwi już w tym okresie.

Bynajmniej nie wszystkie moje przypadki wykazywały skłonność do tak szybkiej poprawy, wzgl. wyleczenia, jak powyższe. W dwóch innych po 16—35 dniach leczenia mimo powrotu liczby ciałek czerwonych do normy krew pozostawała jeszcze wodnistą w stopniu dość wysokim. Rzecz ciekawa, że chore, szczególnie druga, czuły się mimo to zupełnie dobrze.

VII. *Sad.*, lat 16, ciężka błednica, która już odnawiała się parę razy. Chora przebywała w moim oddziale prawie jednocześnie z chorą Nr. II. Przed rozpoczęciem leczenia: ciałek czerwonych — 3,750,000; białych — 3125; pozostałości suchej — 14,74%.

Po 16 dniach leczenia: ciałek czerwonych — 4.930,000; białych — 3125: pozostałości suchej — 17,26%.

VIII. *Saling.*, lat 17; błednica od kilku miesięcy. Przypadek z praktyki prywatnej: ciałek czerwonych — 3,390,000: biał. — 15625; pozostałości suchej — 15,03%.

Po 35 dniach leczenia: ciałek czerwonych — 5,370,000; białych 9375; pozostałości suchej — 18,79%

Zdarzają się, zapewne, przypadki z jeszcze mniejszą skłonnością do poprawy i wyzdrowienia; czytelnik może je znaleźć np. w dziele Grawitza (kliniczna patologia krwi). Osobiście także posiadam spostrzeżenia tego rodzaju, chociaż nie rozporządzam przy nich określeniami kontrolującemi co do wpływu żelaza. Bądź co bądź w praktyce codziennej są to przypadki rzadsze. Znaczna większość tych licznych spostrzeżeń, w których mogłem zbadać krew tylko w celach dyagnostycznych, a nie miałem możności hematologicznie skontrolować wpływu żelaza (wszystkie te przypadki, że powtórzę, leczone były leżeniem w łóżku i *fer. hydrog. reduct.*, bez arszeniku) przedstawiały ogólno-kliniczne objawy polepszenia, wzgl. wyleczenia (obfita miesiączka, prawidłowe zabarwienie skóry, zniknięcie szmerów w sercu, podmiotowe poczucie zdrowia i t. p.) w tym samym czasie, jaki stwierdzono badaniem krwi dla przypadków I—VI, t. j. po dwóch, trzech, najpóźniej czterech tygodniach leczenia żelazem.

Jest to właśnie taki sam przeciąg czasu, w jakim jeszcze stary Niemeyer, w swoim czasie słynny „specyalista od błednicy", otrzymywał przy pomocy pigułek Blauda wyleczenie nawet, jak powiada, w najuporczywszych przypadkach tej choroby [11]). Mniemam, że może to potwierdzić każdy uważny lekarz.

Wobec tego wszystkiego, cośmy tylko co mówili o samoleczeniu błednicy, naturalnie i względem moich przypadków musiało powstać zapytanie, o ile spostrzegane wyleczenia wolno było sprowadzać do działania żelaza. Pomijając nawet samoleczenie, pytanie to powstać musiało tembardziej, iż wszystkie chore były leczone leżeniem w łóżku, które, jak wiadomo, uważanem jest przez wielu za ważny czynnik w leczeniu błednicy i niedokrwistości (F. Niemeyer, Gluziński, O. Rosenbach, Dunin i inni). Szczególnie względem pacyentek szpitalnych, tych istot zwykle źle mieszkających, źle w domu odżywianych, przy tem wszystkiem nieraz ciężko pracujących, mogło powstawać przypuszczenie, iż sam pobyt w łóżku obok lepszych ogólnych warunków życiowych, niż je chore miały w domu, i bez żelaza dopomógłby do poprawy i wyleczenia w tym samym przeciągu czasu, jak przy żelazie.

Tego rodzaju sceptycyzm traci jednak punkt oparcia wobec jednej ważnej okoliczności, a mianowicie, iż przy przyjmowaniu żelaza poprawa i wyleczenie następowały, jak tylko co podkreśliliśmy, w pewnym terminie, wahającym się śród dość wązkich granic. Otóż wszędzie, gdzie przy stosowaniu pewnego czynnika leczniczego następuje zmiana przebiegu choroby (polepszenie lub pogorszenie) w pewnym określonym czasie, zmianę tę wolno postawić w związek przyczynowy ze stosowanym czynnikiem leczniczym. Im większym jest materyał w tym kierunku, tem pewniejszym jest wpływ terapeutyczny danego czynnika [12]).

A więc już dzięki spostrzeżeniom czysto klinicznym, na co właśnie w tem miejscu zwracam szczegółową uwagę, — działanie lecznicze żelaza w błednicy było i jest bardzo prawdopodobne. Dowód ostateczny można jednak zyskać tutaj, podobnie jak w innych stanach chorobowych, tylko przez porównanie. Należy porównać, jak — *caeteris paribus* — przebiega błednica w obecności żelaza i bez żelaza, wzgl. jak szybko w tej chorobie wraca krew do stanu prawidłowego przy leczeniu i bez leczenia żelazem.

Osobiście nie posiadam spostrzeżeń nad przebiegiem błednicy nieleczonej, lub też leczonej inaczej, niż żelazem Istnieją jednak w piśmiennictwie materyały, które można zużytkować w celu omawianym. Mam tu przedewszystkiem na myśli spostrzeżenia dra Z. Wąsowicza [13]) (z kliniki lekarskiej krakowskiej) nad przebiegiem błednicy i niedokrwistości przy stosowaniu krynickiej wody żelazistej (0,02996 — 0,0289 części dwuwęglanu żelaza na 1000 części wody). Spostrzeżenia te nadają się do innych celów właśnie dzięki temu, iż zachowana była przy nich identyczność warunków: chodziło także o chore leżące (kliniczne), które otrzymywały tylko wodę krynicką. Zapewne, nie wszystkie spostrzeżenia

[11]) Niemeyer potrzebował do wyleczenia nawet »najuporczywszej« błednicy prawidłowo trzy pudełka pigułek Blauda, każde po 96 sztuk, dając w dawce stopniowo zwiększanej od 9 do 12 i 15 pigułek dziennie. Wypada więc przeciętnie 20—30 dni leczenia. — Patrz »Wykład patologii i terapii szczegółowej« F. Niemeyera, tłomaczenie polskie z roku 1870, t. II, str. 840.

Przy okazyi zauważę, że mimo powrotu krwi do stanu prawidłowego zalecałem zawsze pacyentkom badanym branie żelaza przez czas dłuższy (przez 2—3 miesięcy), wprawdzie w dawce mniejszej (6—8 pigułek dziennie), co też one wypełniały. Mimo to i przy takim sposobie leczenia zdarzają się nawroty choroby: np chora II w 9 miesięcy po wyleczeniu znowu wróciła (ambulatoryjnie) z wybitną błednicą, która również szybko, jak za pierwszym razem, ustąpiła przy leczeniu.

[12]) Szczegółowy rozbiór tych zasad patrz w pracy mojej: »Zasady poznania lekarskiego«, Warszawa, 1902.

[13]) Z. Wąsowicz: Spostrzeżenia nad działaniem wody krynickiej w błednicy i niedokrwności. Z kliniki lekarskiej radcy dworu prof. dra Korczyńskiego. «Gazeta lekarska«, 1900. Nr. 20 i 21.

Wąsowicza mogę zestawiać ze spostrzeżeniami własnemi. Na 8 przypadków, przytoczonych w jego pracy, właściwie tylko przypadki VI, VII i VIII należały do kategoryi błednicy rozwiniętej, podczas gdy przypadki I i IV, poniekąd i III (niedokrwistość u 16-letniej epileptyczki), sądząc z załączonych liczb hemoglobiny, zdaje się, nie przedstawiały wybitniejszych zmian we krwi. Do zupełnie innej kategoryi należą przypadki V (niedokrwistość towarzysząca rozmiękczeniu kości) i II (niedokrwistość wobec olbrzymiej śledziony). Do zużytkowania pozostaje więc tylko 5—6 przypadków.

Ważniejszą jest okoliczność, iż — pomijając liczenie ciałek czerwonych i białych — autor badał krew tylko kolorymetrycznie (przyrząd Fleischla), co ze ściśle przedmiotowem, niemal matematycznie pewnem określaniem zawartości wody metodą wagową nie wytrzymuje konkurencyi. Nie ma także w pracy omawianej danych co do obliczania wartości hemometru na wartości hemoglobiny, a zarazem, czy przy tem autor stosował poprawkę do wykazów przyrządu Fleischla.

Tym sposobem do porównania można zużytkować tylko dane co do liczby ciałek czerwonych. W tym kierunku znajdujemy w pracy Wąsowicza, co następuje:

P. I. Modystka lat 24. Przed rozpoczęciem leczenia w 1 mlm. sz. ciałek czerwon. 4,100,000; po 10 dniach leczenia — 4,000,000; po dalszych 20 dniach (30 od początku) — 4,640,000, po dalszych 13 dniach (43 od początku) — 5,616,000.

P. III. Córka urzędnika, lat 16, epileptyczka. Przed leczeniem ciałek czerwonych — 3,776,000. po 14 dniach leczenia — 4,200,000; po dalszych 15 dniach (29 od początku) — 5,840,000.

P. IV. Służąca, lat 20. Przed leczeniem — 3,968,000; po 26 dniach leczenia — 4,956,000; po dalszych 9 dniach (35 od początku) — 4,980,000.

P. VI. Służąca, lat 24. Przed leczeniem — 3.632,000; po 23 dniach leczenia — 4,644,000; po dalszych 11 dniach (34 od początku) — 5,558,000.

P. VII. Córka urzędnika, lat 18. Przed leczeniem — 3,000,000; po 12 dniach leczenia — 3.500,000; po dalszych 19 dniach (31 od początku) — 4,200,000.

P. VIII. Służąca, lat 19. Przed leczeniem — 2,808,000; po 18 dniach leczenia — 3,920,000; po dalszych 14 dniach (32 od początku) — 4,160,000; po dalszych 13 dniach (45 od początku) — 4,520,000.

Zestawienie tych wyników z moimi wykazuje, iż przy leczeniu wodą żelazistą liczba ciałek czerwonych podnosi się wolniej, względnie w stopniu słabszym, niż przy leczeniu większemi dawkami nieorganicznego przetworu żelaza. Podczas gdy w wykazie powyższym liczba 5 milionów przekroczoną została 3 razy dopiero po 30—43 dniach leczenia, zaś po 12—26 pozostawała zawsze poniżej 5 milionów, w moich przypadkach wartości prawidłowe, kilka razy nawet nadnormalne, krążków czerwonych można było stwierdzić już po 15—20 dniach. Liczby ciałek czerwonych okazały się prawidłowemi nawet w obu tych przypadkach, w których pozostało jeszcze dość znaczne rozwodnienie krwi.

Wynik powyższy występuje, że powiemy, daleko plastyczniej przy obrachowaniu, ile — przeciętnie — ciałek czerwonych przybywało na dobę przy użyciu wody żelazistej i przy użyciu większych dawek *fer. hydrog. reducti.* Otóż w moich 7-miu przypadkach po 177 dniach leczenia przybyło 10.407 tysięcy krążków, czyli na dobę przeciętnie **58.790.** Przy leczeniu wodą krynicką po 217 dniach przybyło 9330 tysięcy krążków, czyli na dobę **43.000.** Biorąc do obrachunku pierwsze określenia, otrzymamy jeszcze mniej, bo za 113 dni leczenia 4576 tysięcy krążków, czyli na dobę **40.410** w 1 mlm. sz.

Te wyniki na korzyść większych dawek żelaza w przeciwstawieniu do wód żelazistych mogą być nie dla wszystkich przekonywającymi, a to z powodu niezbyt obfitego materyału z obu stron. Osobiście jednak nie mam żadnych wątpliwości w tym kierunku. W przeciągu mej działalności lekarskiej miałem np. dwa przypadki błednicy, leczone przed zwróceniem się do mnie o poradę — prawie bez skutku przez 4—6 tygodni wodami żelazistemi (Krynica, Schwalbach). Zaleciłem zwykle *fer. hydrogenio reductum* i pacyentki po 2—3 tygodniach uważały się za zdrowe. Fakty tego rodzaju spostrzegali już i inni, a przedewszystkiem znów stary Niemeyer, u którego pigułki Blauda zawsze znacznie prędzej sprowadzały wyleczenie, niż wody żelaziste. Lekarze, praktykujący u wód żelazistych, istotnie uważają za potrzebne aż 4—6 tygodniową kuracyę.

Nie chcę przez te uwagi bynajmniej twierdzić, iż wody żelaziste mają tylko bardzo małe, albo wcale nie mają znaczenia przy leczeniu prawdziwej błednicy. Znaczenie to jednak, — wedle powyżej wypowiedzianych uwag, — należy dopiero wykazać przez porównanie przebiegu przypadków nieleczonych i leczonych.

Sam fakt, iż przy użyciu żelaza w dawkach większych szybciej następuje odnowa krwi błedniczej, niż przy wodach mineralnych, ma natomiast znaczenie zasadnicze: okoliczność ta bowiem sama przez się stanowi postulowany dowód empiryczno-kliniczny, iż żelazo wywiera wpływ leczniczy przy błednicy. (Dokończenie nastąpi).

II. Z kliniki dermatologicznej Prof. Reissa w Krakowie.

Przyczynek do niezwykłego umiejscowienia strupnia woszczynowatego *(favus)*.

Podał

Dr. J. T. Lenartowicz.

(Dokończenie).

Prócz tych mamy jednak przypadki mniej jasne, przebiegające z mniej klasycznymi, że się tak wyrażę, objawami i te wymagają odmiennego badania. Możemy je wszystkie objąć wspólną nazwą atypowego strupnia woszczynowatego, lub jak chcą autorowie francuzcy „favus sans favus“, t. j. strupień woszczynowaty bez głównej jego cechy charakterystycznej: bez tarczek. I tu znowu badania lat ostatnich znacznie rozszerzyły wiadomości nasze w tym kierunku. Wiemy teraz, że strupień woszczynowaty atypowy bez tarczek nie jest znowu taką rzadkością, a Bodin, opierając się na liczbach statystycznych, przez siebie zebranych, podaje, że na 100 przypadków zwykłego strupnia woszczyn. znaleźć możemy 8—10 atypowych. Tenże sam autor, idąc za Dubreuilhem i Aubertem, rozróżnia nawet trzy rozmaite postacie, a mianowicie:

1) strupień woszczynowaty łupieżowaty *(favus pityriasique)*.

2) strupień woszcz. liszajcowaty *(favus impetiginiforme)* i 3) strupień wyłysiający *(favus à forme alopécique)*.

Postać pierwsza z ogólnego wejrzenia ma pewne podo-

bieństwo do łuszczycy głowy *(psoriasis)* i przy nieuważnem badaniu może być za nią wzięta. Znachodzimy bowiem w tej postaci tu i owdzie na skórze głowy partye lekko wyniosłe, ściśle ograniczone, łuszczące się silnie i przypominające barwą białą łusek, wykwity łuszczycowe. Dopiero po zdjęciu zupełnem łusek widzimy, że skóra w tem miejscu nie broczy, natomiast jest zaczerwieniona, a przy uważnem badaniu widzieć można na tle zaczerwienionem drobne kropkowate wyniosłości barwy żółtawej. Tu w rozpoznaniu ważną i może jedyną wskazówką jest zachowanie się i wejrzenie włosów; zachowują one bowiem najzupełniej charakter włosów dotkniętych strupniem woszczynowym. Są ćme, suche, jakby przyprószone, a za pociągnięciem łatwo wychodzą.

Druga postać przypomina żywo liszajec *(impetigo)*. I tu nigdzie śladów tarczek; natomiast liczne zmiany w postaci odosobnionych lub zlewających się strupów miękkich, wilgotnych, żółtych, jak przy liszaju. Dyrektywę i tu dają włosy, zachowujące się tak, jak wogóle przy strupniu woszczynowatym. Prócz tego, jeśli się ma dłuższy czas pacyenta w obserwacyi, można wykazać różnicę między liszajcem, a temi zmianami, bo zmiany przy strupniu woszczynowatym potrzebują kilku tygodni, nim dojdą do obrazu wyżej opisanego, a wogóle rozwijają się bardzo powoli. Jeśli się w końcu, nie zwróciwszy uwagi na wymienione cechy, weźmie zmianę chorobową za liszajec i leczy jako taki, leczenie pozostaje bez skutku, choroba nie ustępuje, a dopiero zastosowanie terapii, zwykle używanej przy strupniu woszczynowatym może ją usunąć.

Trzecią, stanowczo najtrudniejszą zdaniem Bodina do rozpoznania postacią jest *favus à forme alopécique*. Tu wszystkie zmiany odnoszą się do części skóry, pozbawionych zupełnie włosów, części niewielkich, 3—4 ctm. w średnicy, odosobnionych lub zlewających się ze sobą. Miejsca wyłysiałe mają tylko charakter bliznowaty, ale z wejrzenia ich nic orzec nie można; dopiero na granicy włosów dostrzega się zmiany, dotyczące mieszków, w postaci czerwonych punktów, tu i owdzie łuski przebite włosem. Rozstrzyga wejrzenie i zachowanie się włosów, a w trudnych przypadkach mikroskop.

Do jednego też z dwu pierwszych przypadków odnieść należy prawdopodobnie ten przypadek, który przed 4-ma laty opisał Petrini de Galatz z Bukaresztu [1]). Dotyczył on 16-letniej pacyentki, która od 7-go roku życia cierpiała na jakąś chorobę skórną na głowie, w zakresie prawej kości ciemieniowej. Próby leczenia prywatnego i ambulatoryjnego pozostały bez wyniku. Badanie wykazywało „w okolicy ciemieniowej po stronie prawej zmianę chorobową w postaci zaczerwienienia części skóry, 12 ctm. długiej, 7 ctm. szerokiej, kształtu owalnego. Miejsce to, rzadziej owłosione, pokryte było grubymi strupami barwy żółtej“. Badanie mikroskopowe wykazało obecność *achorion Schönleini*. Hodowle dały również wynik dodatni.

Sam autor uważa przypadek ten za ciekawy z dwu względów: raz dlatego, że „przez cały czas obserwacyi kilkomiesięcznej nie można było wykazać żadnej tarczki“, a powtóre dlatego, że „łuszczące się strupy, tworzące ogniska, zlokalizowane były na ograniczonej przestrzeni głowy i utrzymywały się na tem jedynie miejscu przez przeciąg kilku lat“. Kwestyę pierwszą wyjaśnia też autor twierdzeniem, iż przypadek był atypowy z grupy *favus sine favis;* jako objaśnienie drugiej podaje przypuszczenie, iż mogło chodzić albo o pewien gatunek *achorion* właściwy dla pewnych tylko gatunków zwierząt, a nie ludzi, lub też wprost o saprofityczny początek zwłaszcza, że w rodzinie pacyentki nikt na coś podobnego nie chorował. Przyjmuje też autor pewną wrodzoną odporność, jaką okazują często chorzy, dotknięci strupniem, u których w ciągu długiego trwania choroby wszystkie włosy zostają zniszczone, z wyjątkiem wązkiego ich rąbka w częściach obwodowych.

Z przytoczonego dopiero przypadku, jako też z wyżej podanego podziału dostatecznie widzimy, że strupień woszczynowaty niejednokrotnie może stawiać poważne w rozpoznaniu trudności i, aczkolwiek z większości przypadków sądząc, możnaby przyjąć, że zasadniczą cechą tej choroby są tarczki, to jednak coraz częściej opisywane przypadki atypowe znacznie obniżają ich znaczenie w dyagnostyce, a jak na teraz przynajmniej najważniejszym objawem rozpoznawczym musi być obecność lub brak *achorion*. Ważne też znaczenie przypisać musimy, jeśli nie chcemy lub nie możemy posługiwać się drobnowidem, wejrzeniu i zachowaniu się włosów.

Niemniej ciekawą i również na uwagę zasługującą jest sprawa umiejscowienia strupnia woszczynowatego. W ostatnich czasach leczono w klinice krakowskiej chorób skórnych przypadek, interesujący właśnie z powodu rzadko zdarzającego się miejsca usadowienia strupnia woszczynowatego; przypadek ten dał właśnie powód do napisania niniejszego artykułu.

Wiadomo, że strupień woszczynowaty pojawia się przeważnie na skórze owłosionej i to najczęściej na skórze głowy. Dawniej uważano to nawet za regułę i jeszcze Bazin [2]), jeden z bardziej znanych badaczy, mówiąc o lokalizacyi strupnia woszczynowatego, zaznacza wyraźnie: *„Il peut se montrer sur tous les points de la surface du corps, excepté là où il n'y a pas de poils“*. Nie rozumiał przez to naturalnie skóry owłosionej głowy tylko, lecz wogóle wszystkie te miejsca skóry, na których jest choćby meszek. Dziś wiemy, że i tak obszerne pojęcie nie jest dostateczne, bo mamy przypadki pojawiania się strupnia woszczynowatego i tam, gdzie włosów z reguły niema. I tak już w r. 1869 opisał Pick [3]) bardzo ciekawy przypadek, dotyczący 17-letniego pacyenta, izraelity, u którego na żołędzi prącia i w bróździe wieńcowej widoczne były typowe tarczki woszczynowe, a prócz tego na wewnętrznej stronie lewego uda, w miejscu, gdzie prącie i moszna dotykają powierzchni skóry, były zmiany o charakterze liszajowym (herpetycznym), odpowiadające początkowi strupnia woszczynowatego *(herpetisches Vorstadium)*. A przecie nikt nie przypuszcza, by na żołędzi prącia lub w bróździe wieńcowej znajdowały się włosy, a choćby i kto przyjmował możliwość takiej anomalii, to zbija to z góry sam Pick, zaznaczając wyraźnie, że „najtroskliwsze badanie szkłem powiększającem, ani na żołędzi prącia, ani w bróździe najdelikatniejszych nawet włosów nie wykazało“.

Drugi podobny przypadek ogłosił niedawno Glück [4])

[1]) Petrini de Galatz: Ein Fall von ungewöhnlichem Favus. (Archiv für Dermatologie und Syphilis XLIV Bd.).

[2]) Leçons sur les affections cut. parasitaires.

[3]) Pick: Ueber einen Fall von Favus an der Eichel des Gliedes (Archiv für Dermatologie und Syphilis. Bd. I.).

[4]) L. Glück: Ein Fall von Favus am Penis. (Archiv für Derm. und Syph. XLVIII. Bd.).

z Sarajewa: U chorego 33 lat liczącego, pasterza bydła, znajdowały się charakterystyczne tarczki woszczynowe barwy siarczano-żółtej, tak na napletku, jakoteż na żołędzi. Tarczki te bądź to odosobnione, bądź zlewające się z sobą, tworzyły rodzaj pasma, poczynającego się od napletka po stronie prawej, a schodzącego wzdłuż żołędzi aż do cewki moczowej, również do koła tarczkami objętej.

Już te dwa, choć niezmiernie rzadkie przypadki dowodzą, że strupień woszczynowaty niekoniecznie potrzebuje do rozwoju swego skóry owłosionej. Podnieść przytem należy, że obaj przytoczeni autorowie wyraźnie zaznaczają, iż u chorych, przez nich spostrzeganych, prócz zmian opisanych, nigdzie zresztą na ciele najlżejszych nawet objawów strupnia woszczynowatego znaleźć nie było można, czyli, że choroba odrazu te tylko wyjątkowe zajęła miejsca.

Jeszcze ciekawszym jest fakt przytoczony przez Kaposiego i Kundrata, odnoszący się do wystąpienia strupnia woszczynowatego na błonach śluzowych. U mężczyzny z ogólną woszczyną *(favus universalis)* skóry, w łączności z jej stanem zapalnym, wystąpiły nagle biegunki i wymioty bez żadnej wyraźnej przyczyny. Wyłoniła się możliwość przypuszczenia, czy też w przewodzie pokarmowym, wobec woszczyny ogólnej, niema zmian identycznych? Po śmierci, która nastąpiła w krótkim stosunkowo czasie wśród objawów ogólnego wyczerpania, dokonano sekcyi, a ta wykazała ogniska woszczynowe na błonie śluzowej przełyku i żołądka, prócz tego zmiany w jelitach, w postaci owrzodzeń o charakterze, nie dającym się odnieść do żadnych znanych dotąd zmian anatomicznych, a pochodzących najprawdopodobniej także ze strupnia woszczynowatego.

Tak więc, według tego, co dziś wiemy o strupniu woszczynowatym, podzielić go sobie możemy ze względu na umiejscowienie na dwie odrębne grupy: *a)* strupień woszczynowaty miejsc owłosionych; *b)* strupień woszczynowaty miejsc nieowłosionych (rzadszy).

Do grupy pierwszej zaliczamy wszystkie te przypadki, w których zmiany chorobowe zajmują bądź to skórę owłosioną głowy, bądź też brody, wzgórka łonowego, a nawet, jak to Pergens[5]) opisał, powieki.

Do grupy drugiej — przypadki rzadsze z umiejscowieniem na kończynach, na tułowiu, szyi i twarzy, a dział osobny tej grupy stanowi tak zwana *onychomycosis favosa* czyli woszczyna paznogci.

Ale i w grupie pierwszej pewne miejsca, jak wiemy, są częściej nagabywane, inne mniej, lub nawet wyjątkowo. I tak zaznaczyć wypada, że stosunkowo rzadko usadawia się strupień woszcz. na częściach sromowych, a Bodin nadmienia, iż zna jeden tylko przypadek strupnia woszczynowatego części sromnych, opisany przez Vidala i Leloira, a i w tym przypadku chodziło o osobnika z *favus universalis.*

Przypadek ten nie jest jednak istotnem *unicum* w piśmiennictwie, owszem, przy niezbyt ścisłem poszukiwaniu można ich znaleźć więcej, a samego strupnia moszen ogłoszono już kilka przypadków. Wszystkich szczegółowo opisywać nie będę; wspomnę tylko o przypadku podanym przez Nobla[6]). Chory zgłosił się z powodu przykrego swędzenia skóry moszen. Zbadany, okazywał tutaj typowe strupy o charakterystycznej barwie. Wywiady ściślejsze wykazały, że chory leczony był przed 6-ciu tygodniami na zapalenie przyjądrza i cewki moczowej, a leżał na sali obok chorego, dotkniętego woszczyną ogólną. Przeniesienie nastąpiło najprawdopodobniej przez służącego, opatrującego obu chorych bez uwzględnienia należytych ostrożności. Prócz tego notują przypadki strupnia woszczynowatego moszen Dubreuilh[7]) (dwukrotnie), Deutsch[8]) Favernier[9]).

Strupień woszczynowaty miejsc nieowłosionych występuje rzadko i z tego zakresu właśnie zamierzam przytoczyć przypadek, spostrzegany w klinice dermatologicznej krakowskiej, interesujący i ze względu na ściśle ograniczone a wyjątkowe umiejscowienie jego, oraz i ze względu na trudne rozpoznanie, które naprzód stawiano przypuszczalnie, a potem stwierdzono ostatecznie badaniem drobnowidowem.

Chora, K. K, lat 19, córka drukarza, zgłosiła się do ambulatoryum tutejszej kliniki chorób skórnych z prośbą o radę na wyrzut, usadowiony na szczycie nosa. Zmiana ta miała powstać na pięć dni przed zgłoszeniem się, a rozpoczęła się według podania chorej małym swędzącym pryszczykiem na samym szczycie nosa. Wyrzut ten po zdrapaniu miał się w 2-gim dniu pokryć strupem, dość szybko się powiększającym. Wywiady wykazały dalej, że chora bawiła się często z kotem, który według jej opowiadania okazywał zmiany chorobowe skórne w postaci 4 niedużych strupów barwy żółtej. Ponieważ z wejrzenia i z wywiadów można było przypuszczać włosozrost niszczący *(trichophyton tondens)*, lub woszczynę nosa, dokonano zaraz badania mikroskopowego, które stwierdziło rozpoznanie strupnia woszczynowatego.



Chora przyjęta do kliniki celem bliższego zbadania i leczenia.

Stan obecny: Budowa i odżywienie liche. Niedokrewność miernego stopnia. Skóra owłosiona głowy, jako też włosy same, bez zmian. Spojówki, wargi, błona śluzowa jamy ustnej blade, ale bez zmian. Gruczoły karkowe nie powiększone. Skóra twarzy, tułowia i kończyn blada, ale również bez zmian. Tylko na samym szczycie nosa zmiana choro-

[5]) Pergens: Favus des Augenliedes. (Archiv für Dermatologie und Syphilis XLVIII Bd. 282, XLIX Bd. 405).

[6]) Nobl: Favus am Scrotum. (Archiv für Dermatologie und Syph. XXX. Bd.).

[7]) Dubreuilh: Favus du scrotum. (Archiv für Dermatologie und Syph. XLI. Bd.).

[8]) Deutsch: Favus am scrotum. (Archiv für Dermatologie und Syph. XLV. Bd.).

[9]) Favernier: Un cas de favus du scrotum. (Archiv für Dermatologie und Syph. XLIX. Bd.).

bowa w postaci strupa wielkości i kształtu halerza, barwy brudno-żółtej. Strup jest suchy, cząstki jego kruszą się łatwo; okazuje lekką wyniosłość w całości, a w środku nieznaczne zagłębienie. Objęty jest dokoła wązkim rąbkiem skóry zaczerwienionej i łuszczącej się delikatnie. Po jego mechanicznem zdjęciu daje się widzieć płytkie zagłębienie o dnie gładkiem, zaczerwienionem, niebroczącem.

Z opisu widać, iż sprawa chorobowa na pierwszy rzut oka mogła sprawiać pewne trudności rozpoznawcze, a to ze względu na wyjątkowe i tylko do jednego miejsca ograniczające się umiejscowienie, jak i na szybki stosunkowo swój rozwój, bo jak wywiady wykazują, od pojawienia się pierwszej zmiany (swędzącego pęcherzyka) aż do przybrania rozmiarów opisanej wyżej tarczki (bo tak ten okres już w czasie badania nazwać należało), upłynął niecały tydzień, podczas gdy w zwykłych warunkach strupień woszcz. skóry głowy potrzebuje na wytworzenie się typowej tarczki 4 do 5-ciu tygodni. Wytworzenie się przedewszystkiem na nosie a nie gdzieindziej tłómaczy zdaje się dostatecznie opowiadanie pacyentki, która twierdziła, że bawiąc się z kotem, często go całowała. Krótki stosunkowo czas dojścia do okresu tarczki zgadzałby się znowu ze spostrzeżeniami tych autorów, którzy opisując strupień woszczynowaty miejsc nieowłosionych, wyraźnie podnoszą, iż przebieg okazuje zwyczajnie charakter ostrzejszy, niż w zwykłych przypadkach, n. p. strupnia woszcz. głowy. Za to leczenie oczywiście jest łatwiejsze, bo w płytkich stosunkowo torebkach skóry, pokrytej choćby wybitnym meszkiem, pasorzyt długo utrzymać się nie może, a czasem samo mechaniczne usunięcie strupów i kilkorazowa zwykła kąpiel usuwa zmianę chorobową w zupełności. U pacyentki naszej zastosowaliśmy po usunięciu strupa zwykłe *unguent. Wilkinsoni,* a chora podleczona, na własne żądanie po paru dniach opuściła klinikę.

* * *

III. Z kliniki chirurgicznej c. k. Radcy Dworu Profesora Dra Rydygiera we Lwowie.

O torbielach wychodzących z trzustki i jej okolicy.

(Podług wykładu na XII Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie).

Podał

Dr. Stanisław Jasiński,
elew kliniki

(Ciąg dalszy).

Historya choroby naszego chorego przedstawia się, jak następuje:

J. K., zarobnik, lat 51. Rodzice i 9 z rodzeństwa umarli; przyczyny ich śmierci podać nie umie. Brat i siostra żyją zdrowi. Sam chory w 12 roku życia przebył jakąś chorobę żołądkowo-kiszkową, która trwała 4 lata. Dokładnie jej określić nie umie, ale pamięta, że każdego ranka naczczo, skoro się tylko przebudził, uczuwał w okolicy dołka podsercowego i pępka silny ból kurczowy, trwający około godziny. Powoli ból ten łagodniał i przez resztę dnia chory czuł się zdrowym. W 27 roku życia przebył kiłę.

Obecna choroba trwa od roku 1895. Od tego czasu mianowicie cierpi chory na jakieś bliżej nie określone bóle w okolicy żołądka, występujące nieregularnie, z kilkumiesięcznemi przerwami. Jako przyczynę ich podaje, że raz w lecie w czasie upału, zgrzany wypił kubek niedobrej wody. Bole te, chwilami pod postacią kurczów, występowały przeważnie w porze letniej, głównie po jedzeniu lub piciu. Z wiosną r. 1901 stan się pogorszył; bole coraz częstsze i silniejsze, często rozprzestrzeniające się popod oba łuki żebrowe i ku kręgosłupowi. Równocześnie z bolami występowały nudności, nadto uczucie, jakoby treść żołądka ustawicznie wracała się do gardła. Wymiotów nie miewał.

W październiku r. 1901 przebył, jak podaje, gruźlicę jądra lewego, na co leczył się w szpitalu prowincyonalnym. Na odjęcie jądra nie zgodził się. Jądro było wielkości pięści, bardzo bolesne. Już jednak w grudniu zmniejszyło się, a równocześnie ustąpiły bóle. Z chwilą wystąpienia choroby jądra (więc w październiku r. z.), zauważył chory w okolicy dołka podsercowego guz, przy dotyku bolesny, równo rozmieszczony po obu stronach linii środkowej ciała, wielkości pięści. Około grudnia r. z. guz po stronie lewej smugi białej zmniejszył się; natomiast po stronie prawej znacznie się powiększył i stwardniał. Nadto guz ten miał być ruchomy (jak chory podaje »guz po brzuchu chodził«). Z chwilą pojawienia się guza wystąpił brak łaknienia, a w ustach stały smak kwaśny. Bole, których dawniej określić nie mógł, od chwili pojawienia się guza nabrały głównie cechy bolów kurczowych. Chory podaje, że w środku guza powstaje kurcz, pochodzący do przełyku, a z drugiej strony rozprzestrzeniający się pod oba łuki żebrowe, ku kręgosłupowi i pod łopatki. Z chwilą, gdy ból dojdzie do przełyku, występuje silne odbijanie się treści, dawniej kwaśne, w ostatnich czasach nieraz gorzkie. Po chwili ból ten się rozchodzi, by za chwilę znowu wystąpić i to z większą siłą. Od grudnia bole te trwają stale.

Niezależnie od tych dolegliwości doznaje chory innego, nadzwyczaj mu „dokuczającego uczucia“, ustawicznego pukania w guzie.

Od tego czasu cierpi stale na zaparcie stolca. Stolec występuje zaledwie co kilka dni i to z trudnością, a ma kształt wązkich, cienkich „wstążek“.

Wymiotów nie miał nigdy. Raz je sobie sztucznie sprowadził dla zmniejszenia bolów, ale to nie pomogło. Obecnie nie ma też ani nudności, ani zgagi, lub pieczenia w żołądku, a skarży się głównie na bole, odbijania, zaparcie stolca i ogólne osłabienie. Chory przez całe życie nadmiernie nadużywał wyskoku tak, że czasem wypijał dziennie przeszło 30 kieliszków wódki.

Stan obecny.

Mężczyzna wzrostu średniego, budowy dobrej, odżywienia znacznie podupadłego, skóra wiotka, nie elastyczna. Gruczoły karkowe macalne, bardziej po stronie lewej. Na języku ku jego podstawie, szary nalot. Na skórze grzbietu liczne blizny promieniste, na obwodzie ciemno zabarwione. Objawów żółtaczki (skóra, spojówki) nie stwierdzono.

W płucach, prócz skąpych tu i ówdzie furczeń, wybitniejszych zmian niema. W sercu zmian również niema.

Brzuch: Na skórze nie można zauważyć jakichkolwiek zmian. Przy oglądaniu widzi się, że okolica podżebrza prawego jest znacznie wypuklona przez guz wielkości główki noworodka. Wypuklenie to w mniejszym stopniu przechodzi i na stronę lewą od linii środkowej ciała. Skóra nad guzem niezmieniona, z guzem niezrośnięta. Przy usiłowaniem siadaniu chorego bez pomocy rąk guz znika, przy głębokich wdechach guz się obniża, dochodząc do pępka. Po obniżeniu guza przy głębokich wdechach można go przy pępku zatrzymać, a mimo to chory może nadal swobodnie oddechać. Wypuk nad guzem stłumiony bębenkowy, o tonie bardzo wysokim. W linii sutkowej prawej stłumienie nad wątrobą przechodzi bezpośrednio w stłumienie nad guzem, tutaj wyraźniejsze. Na wewnątrz od tej linii i nieco poniżej pomiędzy stłumieniem zależnem od wątroby, a takiemże od guza, wykazać można przy silnem pukaniu wązki pas wypuku wysoko bębenkowego. Powierzchnia guza gładka, zbitość elastyczna.

Zresztą w jamie brzusznej ani obmacaniem, ani opukiwaniem żadnych zmian wykazać nie można. Śledziona niemacalna; wypukiem niepowiększona.

Po wydęciu żołądka guz znika tak, że ani wzrokiem, ani wypukiem, ani obmacaniem stwierdzić go nie można. Górna granica żołądka wówczas zarysowuje się na 2 palce niżej wyrostka mieczykowatego, a dolna na 2 palce ponad pępkiem. Przez wydęcie grubych kiszek żadnych zmian w guzie i jego położeniu zauważyć nie można.

Na skórze tuż nad pachwiną blizny promieniste, ciemno-różowe. Gruczoły w obu pachwinach powiększone, wielkości fasoli i bobu, twarde. Lewe jądro w trójnasób większe, niż prawe. Guza w nim wykazać nie można. Chełbotania niema. Powiększenie zależy głównie od jądra samego.

Na podudziach obrzęków niema. Na podudziu lewem w górnej trzeciej, na prawem zaś w dolnej trzeciej — liczne blizny.

Badanie przez odbytnicę nie wykazuje żadnych nieprawidłowości.

Ciepłota ciała nie podwyższona (36·8). Tętno miarowe, dobrze napięte, wynosi 80 uderzeń na minutę.

Rozbiór moczu. Barwa — winowo-żółta *(sedimentum latericium),* woń prawidłowa, oddziaływanie: kwaśne, ciężar gat.: 1020.

Białko: próbą: *a)* Hellera, *b)* kw. octowym i zagotowaniem, *c)* kwas octowy 30%, *d)* kwas octowy 3% i żelazosinek — obecne. Ilościowo: próbą Roberts-Stolnikowa wynosi 0·033%. Redukcya pr. Worma-Müllera — zwiększona. Cukru próbą Nylandra niema. Urobilina nieco zwiększona. Na granicach smugi urobiliny absorbcya jest źle odgraniczona. Chlorki w przybliżeniu zmniejszone. Fosforany ziem i ogólne obfite. Osad obfity, składa się z przybłonków płaskich, ciałek wypocinowych i licznych bardzo moczanów.

Stolec, prócz kształtu (wązkie, krótkie zbite kawałki), zmian nie przedstawia.

Rozbiór treści żołądkowej.

a) Badanie chemiczne.

	17/2	18/2	18/2	18/2
	naczczo po wlaniu 50 grm. wody	naczczo po wlaniu 50 grm. wody	metoda białkowa po 3 kw bez wlania	obiad próbny Leubego w 4 godziny bez wlania
Ilość płynu aspirowanego, wejrzenie i własności fizykalne treści samej	50 mętna, z żółtymi strzępami	50 mętna, biaława	50 mętna, ze strzępami niestrawionymi białka	100 mętna, żółtawa
Przesącz .	wodo-jasny	jasny, przejrzysty	jasny	jasny
Oddziaływ. .	obojętne	obojętne	obojętne	kwaśne
Kwas solny	—	—	—	obecny
K. mlekowy	—	—	—	—
K. tłuszczowe	—	—	—	—
Stopień kwas.	—	—	—	18
Śluz . . .	wyraźny	wyraźny	wyraźny	ślad
Białko rozpuszczone	obecne	brak	brak	ślad
Pepton . .	obecny	brak	brak	ślad

b) Badanie mikroskopowe.

17/2	18/2	18/2	18/2
Bardzo wielka ilość ciałek wypocinowych, przybłonki płaskie, jąderka, drobnoustroje, nitki śluzu. Liczne twory okrągłe i kształtu gruszkowatego z rzęsą na jednym biegunie; okrągłe ze szczoteczką po jednej stronie. Protoplazma ziarnista, gdzieniegdzie wakuole. Ruchów nie zauważono.	Liczne ciałka wypocinowe, przybłonki płaskie, jąderka, pojedyncze ziarna skrobi, drobnoustroje śluz. Twory jak 17/2.	Miazga, ciałka wypocinowe, jąderka śluz.	Włókna mięsne z utrzymanem prążkowaniem, kulki tłuszczu, przy błonki płaskie, drobnoustroje.

Rozpoznanie kliniczne: *cystis pancreatis* 24/2. Laparotomia po poprzedniem zwyczajnem przygotowaniu. Operował R. Dw. Prof. Dr. L. Rydygier. Operacyę wykonano w uśpieniu chloroformowem po poprzedniem wstrzyknięciu 0·01 morfiny.

Cięcie skórne poprowadzono nieco na prawo od smugi białej przez największą wypukłość guza od wyrostka mieczykowatego na 2 palce poniżej pępka.

Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono: w głębi guz wielkości głowy dorosłego człowieka, o wyraźnem chełbotaniu. Na guzie znajduje się żołądek wielkości prawidłowej, poniżej niego poprzecznica. Wątroba przesunięta przez guz ku górze, pod przeponę, nie powiększona, o powierzchni gładkiej, bez zmian. W sieci dużej liczne gruczoły, wielkości ziarnka fasoli i grochu. Żyły tamże znacznie porozszerzane. By dostać się do torbiela, trzeba było zrobić podłużną szczelinę w sieci, w miejscu położonem między żołądkiem a poprzecznicą. Torbiel nieruchomy, sięga aż pod wyrostek mieczykowaty, zrośnięty na znacznej przestrzeni z tylną ścianą żołądka. Z powodu tych i innych rozległych i silnych zrostów torbiela z otoczeniem musiano ograniczyć się do nacięcia i wszycia ściany jego w ranę powłok brzusznych. Po nacięciu więc i wypuszczeniu przeszło 2 litrów płynu brunatnawo-czarnego, pieniącego się, założono przez ściany torbiela po obu stronach szwy materacowe, których końce przeprowadzono przez powłoki brzuszne na zewnątrz i tu związano U góry nadto dodano jeszcze przez obie ściany i powłoki jeden szew jedwabny, gruby, a to samo zrobiono i w dole.

Ranę w powłokach zmniejszono od dołu i góry szwami trójrzędowymi do wielkości talara. Jamę torbiela wytamponowano gazą jodoformową.

Przebieg pooperacyjny był prawidłowy, zupełnie bezgorączkowy. Przy pierwszej zmianie opatrunku zastąpiono gazę jodoformową sączkami gumowymi. Okolica rany na objętość dłoni zaczerwieniona, zajęta wypryskiem, na co stosowano już to maść cynkową, już to okłady z płynu Bourowa w słabym rozczynie (1:5). Przetoka powoli, lecz stale zmniejszała się tak, że przy wypisaniu chorego z kliniki (17/5 1902) była jeszcze głęboką, zaledwie na 4 ctm.

Rozbiór chemiczny płynu wypuszczonego z torbiela. (Zakład chemii lekarskiej Prof. Dra Niemiłowicza).

Oddziaływanie słabo alkaliczne.
Płyn gęstawy, ciemno-brunatny, o ciężarze gatunkowym — 1019
Stosunek osadu do płynu — 0·5%.
Polaryzacya po strąceniu białka — 0·25°.
Spektroskop: oksyhemoglobina i methemoglobina.

Substancya stała	5·336%.
Popiół	0·963%.
Azot ogólny	0·67%.
obliczony na białko . .	4·1875%.
Azot białka rodzimego	0·57%
obliczony na białko	3·6%.

Nukleoalbumina — jakościowo wykazana.
Tłuszcze — jakościowo wykazane.

Zestawienie:

Z substancyi stałej	5·336% przypada
na białko rodzime	3·6%
na nukleoalbuminy i inne substancye azotowe	0·5875%.
Na popiół	0·963%.
Reszta	0·1855% przypada
na tłuszcze i mydło.	

Badanie, przeprowadzone w kierunku specyficznych składników soku trzustkowego, nie wykazało ani enzymu proteolitycznego, ani dyastatycznego; nie wykazano też peptonu, leucyny, tyrozyny, glikonukleoproteidu; jednem słowem nie wykazano nic takiego, coby pozytywnie świadczyło o jakimś bliższym związku tego torbiela z trzustką.

Osad składa się z limfocytów, małej ilości leukocytów i bardzo licznych ciałek czerwonych niezmienionych, nadto nielicznych przybłonków.

Bakteryologiczne badanie płynu wykazuje, że jest on zupełnie jałowym.

Mikroskopowo w ściankach guza, wyciętych podczas operacyi, wykazano tylko włókna tkanki łącznej. Przy obmacaniu worka torbiela podczas operacyi palcem, stwierdzić można było, że wewnętrzna jego powierzchnia była zupełnie gładka i nie przedstawiała nigdzie zaułków lub zatok. (Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. L. Jacobson i Dr. L. Blau. **Lehrbuch der Ohrenheilkunde für Aerzte u. Studirende.** Wydanie 3-cie przerobione, z 345 rycinami. (Georg Thieme. Lipsk 1902).

Szybkie wyczerpanie poprzedzających wydań przemawia najlepiej za pożytecznością i wartością tej książki, a jednocześnie wywołało potrzebę nowego wydania, które tym razem przyszło do skutku przy współpracownictwie zaszczytnie znanego w piśmiennictwie Dra Blaua. Licznemi uzupełnieniami i zmianami, będącemi następstwem postępu i rozwoju w nauce, wzbogacili autorowie to nowe wydanie, w którem znajdujemy wszelkie nowoczesne zdobycze na polu otyatryi tak, że podręcznik ten obejmuje całokształt wiedzy otyatrycznej w dobie obecnej. W ustępie o prawidłowej zdolności słuchu znajdujemy krytyczny przegląd nowszych teoryj słuchu Beckmanna i Zimmermanna, obok dawniejszej Helmholtza. Nowszym postępom nauki odpowiadają

dalej uzupełnienia w ustępach o „pneumomasażu“, o przewlekłem ropnem zapaleniu ucha środk., o suchym nieżycie ucha środ., o operacyi doszczętnej, o głuchoniemocie, o powikłaniach śródczaszkowych, o zapaleniach uszów w chorobach zakaźnych i t. d. Zresztą podział jest ten sam, co w dawniejszych wydaniach. Dla tych czytelników jednak, którzy tamtych nie znają, podnieść należy, że autorowie, uwzględniając ograniczony czas uczącego się lekarza praktycznego, starali się przedstawić tylko to, co rzeczywiście godnem jest wiedzy. Odpowiednio do tego zamiaru podali z anatomii tylko szczegóły ważne dla lekarza pod względem praktycznym, a z fizyologii tylko to, co jest potrzebne dla zrozumienia przedmiotu. Jednak większe uwzględnienie anatomii kości skroniowej i błędnika byłoby, jak się nam zdaje, pożądanem.

Z kolei następuje część ogólna, rozpoznanie, symptomatologia, wywiady i leczenie ogólne. Przy roztrząsaniu prób słuchu podaje J. ostrej krytyce znane metody i wysnute z nich wnioski. Ujemne stanowisko tego autora w tej sprawie znane jest z dawniejszych jego prac: nam się jeszcze zdaje, że jest ono zbyt skrajne i przesadne. Wskazówki dla badania i kierowania narzędziami są ścisłe i dokładne.

W części szczegółowej autorowie podają możliwie zupełny i jasny obraz chorób usznych i ich leczenia, z uwzględnieniem ważnych zagadnień życia praktycznego. Uderzać musi, że w rozdziale o chorobach trąbki nie znajdujemy ani nieżytu, ani zapalenia, których opisu szukać należy dopiero w innych działach książki. Z uznaniem podnieść wypada przeglądowe przedstawienie historycznego rozwoju zabiegów operacyjnych na wyrostku sutkowym, jasne ich skreślenie, jakoteż powikłań wśródczaszkowych; dalej pożyteczne są uwagi do rozpoznawania lokalizacyi chorób mózgowych i do projekcyi ośrodków korowych, oraz brózd mózgowia na powierzchni czaszki.

Nakoniec znajdujemy ustępy o ubezpieczeniu na życie i o zdolności do służby wojskowej chorych na uszy, o stosunku tych chorób do innych cierpień, oraz o chorobach gardła i nosa.

Mimo istotnej zwięzłości autorowie oddali świetnie całokształt aotyatryi nowoczesnej, a przez gruntowne uwzględnienie rozpoznania i leczenia uczynili zadość wymaganiom praktycznej potrzeby. Jako zaletę pierwszorzędną uważamy to, że omawiając leczenie pewnych uporczywych stanów chorobowych, jak n. p. szumu w uszach, albo ropienia przewlekłego autorowie nie ograniczyli się do podania kilku najwięcej używanych metod leczniczych, lecz przedstawiają do wyboru lekarza cały ich szereg, zalecanych przez różnych autorów. Ten sposób przedstawienia uważamy za usprawiedliwiony z tego powodu, że jak uczy doświadczenie, właśnie w tych i podobnych cierpieniach zmiana leku, przechodzenie od jednej metody do drugiej nierzadko prowadzi do celu zamierzonego, zwłaszcza w przypadkach, w których konsekwentne obstawanie na jednym, choć zkądinąd najwięcej używanym sposobie leczenia zostaje bez skutku. Na uznanie zasługuje również dobitne podkreślenie konieczności i ważności wczesnego leczenia tych chorób. Liczne, umieszczone na 19 tablicach rysunki, których liczba urosła z 330 w ostatnim wydaniu do 343, ułatwiają zrozumienie stosunków anatomicznych.

Uznania godnym jest przegląd piśmiennictwa, zebranego z szczególną pilnością i sumienną gruntownością, sięgającego aż do ostatnich prac, ogłoszonych do końca roku 1901, co czyni to dzieło cennem źródłem dla każdego, zajmującego się naukowo na tem polu. Wydanie jest okazałe, godne treści. Skarcić należy zbyt często użyty nader mały, a nużący oczy druk; jest to wada, która przy najbliższem wydaniu łatwo da się usunąć, przez co wprawdzie podniesie się cena dzieła, lecz i podniesie się jeszcze w większej mierze jego pożyteczność. *Spira.*

V. Wyciągi.

Michelet. **Czy należy skrobać macicę przy poronieniu.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 1, 1903). W ostatnich latach pojawiały się prace, występujące przeciw skrobaniu macicy po poronieniu, a zalecające wydobycie resztek jaja palcem. W obronie skrobania występuje autor z okazyi przytoczonego przypadku. U pacyentki, która poprzednio kilka razy poroniła, wykonano przy ostatniem poronieniu z powodu zamknięcia ujścia wewnętrznego także skrobanie; w trzy dni później krwawienie znowu się pojawiło; rozszerzono więc w uśpieniu przewód szyi tak, że udało się palcem obmacać wnętrze macicy. Przy badaniu tem znaleziono w dnie twardą resztkę jaja płodowego, tak silnie do dna przymocowaną, iż palcem oddzielić się nie dała: musiano więc ponownie jamę macicy wyskrobać. Krwawienie po zabiegu tym ustało, a w rok później pacyentka porodziła płód donoszony, dobrze rozwinięty. W przypadkach więc tych, gdzie resztki trzymają się bardzo silnie ścian macicy, skrobanie jest konieczne. Dalszą zaletą skrobania jest całkowite usunięcie zmienionej błony śluzowej macicy i odrodzenie nowej, która jest zdolną do utrzymania ciąży, jak właśnie dowodzi opisany przypadek. *P.*

Elschner. **Częsty błąd w zastósowaniu zabiegu Credégo.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 2, 1903). W trzecim okresie porodowym prawie zawsze macica zbacza na jedną stronę. Podczas zastosowania zabiegu Credégo popełnia się ten błąd, iż się naciera i ugniata macicę w fałszywem miejscu, przez co tylko utrudniamy wydalenie łożyska. Naprzód należy pamiętać o odchyleniu macicy ku środkowej linii ciała, a potem wykonywać zabieg Credégo. Zdarza się to często położnym, wzywającym lekarza do rzekomego przyrośnięcia łożyska. *G. Grzybowski.*

Heil. **Zapobieganie wytwarzaniu się krwiaka zapomocą cięcia nadłonowego według Küstnera.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 45, 1903). Opisawszy dokładnie sposób wykonania cięcia krzyżowego Küstnera, poleca autor w celu uniknięcia powstania krwiaka założyć w brzegach rany małe kawałki gazy, lub cienkie dreny. Zaletami cięcia krzyżowego jest bardzo silne trzymanie się powłok brzusznych i skutkiem tego nieprawdopodobieństwo powstania przepukliny, a nadto prawie niewidoczność blizny, która gubi się w fałdach poprzecznych skóry. Cięcie to poleca H. przy mniejszych operacyach trąbek i przy wentrofiksacyi. *P.*

K. Czerwenka. **Żylne kamienie w narządzie rodnym kobiety.** (*Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 2, 1903). Zakrzep naczyniowy, jeśli tylko nie zropieje, ulega dwojakim zmianom: albo przeobrażeniu łącznotkankowemu, będącemu przyczyną zgrubienia wewnętrznej błony naczynia, albo też wytworzeniu się postronków zacieśniających i zamykających światło naczynia. W innych razach ogranicza się sprawa do powstania zwapniałych kamyków. Jakkolwiek zdawałoby się, że warunki krążenia w układzie naczyniowym ciężarnej kobiety sprzyjają tworzeniu się kamyków, przecież napotyka się je bardzo rzadko. Autor wspomina tylko o jednym przypadku Kossmanna i dołącza swój drugi. U wieloródki, krwawiącej od dwóch tygodni, znaleziono w bocznych ścianach pochwy twarde guzki, wielkości groszku, nieprzesuwalne, ułożone w szeregu, gdzieniegdzie porozrzucane. Rozciągały się od środka ścian pochwy w górę, mniejwięcej do wysokości środkowej części szyjki, a na bok w dolne części szerokiego więzadła. Chemiczny rozbiór wykazał głównie obecność fosforanu i węglanu wapniowego. Krwawienie z macicy pochodziło prawdopodobnie z zastoju żylnego, wywołanego utworzeniem się kamyków. Wyskrobanie wnętrza macicy nie dało pożądanego wyniku. *G. Grzybowski* (Kraków).

Jerusalem. **Związek między miesiączką, a różą.** (*Wiener klin. Rundschau* Nr. 46, 1903). Według zapatrywań Flisa podczas miesiączki zachodzą pewne zmiany w całym ustroju; zmiany te specyalnie dają się spostrzegać w nosie. Po zmianach w nosie można rozpoznać tak zwane dni peryodowe, które u kobiet pojawiają się co 28 dni, u mężczyzn co 23 dni. Na poparcie niejako zapatrywań Flisa przytacza autor jako dowód zmian w czasie miesiączki w całym ustroju, pojawianie się róży u kobiet zwykle w czasie peryodu. W $^3/_4$ wszystkich przypadków róży u kobiet pojawiała się ona zawsze podczas miesiączki, albo w pierwszym lub w ostatnim jej dniu. Róża występowała na twarzy: u kobiet ze skąpą miesiączką objawy bywały zawsze cięższe. Przypuszcza J., że po pierwszym napadzie róży pozostają w zaułkach limfatycznych nosa paciorkowce, które skutkiem przekrwienia nosa w dniach peryodu nabierają żywotności i nowy sprowadzają wykwit; z drugiej strony obrzękła w tym czasie błona śluzowa nosa, tworząc małe nadżerki, jest więcej przystępna dla zakażenia. Aby uniknąć nawrotu cho-

roby, radzi J. przez dłuższy czas przepłókiwać nos i gardło jakimś środkiem antyseptycznym; różę zaś samą leczyć zapomocą ciepła. Przy wstrzykiwaniach surowicy w ilości od 50—150 ctm. nie widział żadnego skutku. *P.*

Ostrcil. **Przyczynek do leczenia drgawek.** (*Arch. für Gyn.* tom 67, zeszyt 3, 1902). Autor rozporządza 92 przypadkami drgawek; 80 pierwiastek i 12 wieloródek. Ogólna śmiertelność 16%. Chcąc ocenić wartość pojedynczych środków leczniczych, trzeba mieć dokładne pojęcie o rokowaniu w tej chorobie. Jest ono najgorsze w ciąży, a najlepsze w połogu. Ilość napadów nie ma tak wielkiego znaczenia, jak tętno i ciepłota ciała. Tętno jest zwykle przyspieszone i dobrze napięte; tętno szybkie, ale miękkie, jest złym znakiem prognostycznym. Ciepłota jest podczas napadu zwykle podwyższoną; im wyższa ciepłota, tem gorsze rokowanie. Ilość białka w moczu niema tak wielkiego znaczenia, jak ilość samego moczu; skąpa ilość moczu, lub nawet bezmocz — są złym znakiem prognostycznym. Dla celów praktycznych dzieli autor przypadki drgawek na trzy grupy: 1) przypadki, gdzie w drugim okresie porodowym występują jeden, lub dwa napady (najczęściej w następstwie jakiegoś rękoczynu), które się jednak po porodzie nie powtarzają. Są to przypadki dobrotliwe, nazwane przez autora drgawkami odruchowemi „eclampsia reflectorica"; tu każde leczenie jest wystarczające; 2) przypadki kończące się śmiertelnie, w których sekcya wykazuje stare zmiany przewlekłe w narządach wewnętrznych (schorzenie nerek, serca); leczenie tej postaci jest bezskuteczne; 3) przypadki, w których sekcya wykazuje owe charakterystyczne zmiany dla drgawek, jak zwyrodnienia, zakrzepy i krwotoki; tu leczenie może mieć pewien wpływ dodatni. Zwykle w użyciu są środki nasenne: chloroform, morfina, chloral; nie mają one naturalnie żadnego wpływu na samą chorobę, lecz obniżając drażliwość układu nerwowego, mogą zmniejszyć liczbę napadów, chociaż i to niezawsze się udaje. Autor nie jest zwolennikiem tych środków, zamiast bowiem wydalić trucizny, których w ustroju aż nadto się znajduje, wcielamy trucizny świeże i to — jak powszechnie radzą — w wielkich ilościach; autor poleca w tym celu używanie soli bromowych w lewatywach. Sole jednak nie mają znaczenia leczniczego. Celem uzyskania obfitych potów radzi O. raczej zawijania w ciepłe prześcieradła, aniżeli ciepłe kąpiele; przy tych bowiem konieczne są pewne manipulacye, które mogą wywołać świeże napady drgawek. W ostatnich czasach zwrócono się znowu do upustów krwi, nieraz z bardzo dobrym skutkiem. Przez upust krwi jesteśmy w stanie zmniejszyć parcie w naczyniach i uchronić chorą niejednokrotnie przed krwotokami, szczególnie mózgowymi, które same przez się mogą być przyczyną śmierci. Autor zauważył, iż w przypadkach, gdzie zastosowano upust krwi, a które zakończyły się śmiercią, sekcya nie wykazała tych charakterystycznych krwotoków, albo tylko w miernej ilości. Nadto przez upust krwi wydalamy z ustroju trucizny, które zdają się być przyczyną samej choroby. Jeżeli po upuście krwi tętno staje się szybkie i miękkie, należy zastosować rozczyn soli kuchennej (0.6%) podskórnie, lub w lewatywie. Upust krwi należy zawsze robić dopiero po porodzie, ze względu na niedający się przewidzieć krwotok porodowy. Co się tyczy rozwiązania kobiety, to i autor jest zdania, że należy poród ukończyć o ile możności jaknajwcześniej i jaknajłagodniej, zawsze w głębokiem uśpieniu. Jeżeli szyjka jest jeszcze utrzymana i wązka, należy ją rozszerzyć przyrządem Bossiego, który w tych razach może oddać znakomite usługi; jeżeli zaś szyjka już zanikła, a tylko ujście macicy jest wązkie, należy je rozszerzyć zapomocą balonu nieelastycznego Champetiera lub Müllera. *Dr. E. Ehrenpreis.*

G. Zuelzer. **O leczeniu odmy piersiowej.** (*Die Therapie der Gegenwart;* 1902, grudzień). Przyczyną odmy piersiowej w 90% przypadków jest gruźlica płuc; dlatego rokowanie jest nader niekorzystne i jeśli niema otoku ropnego, ograniczamy leczenie do stosowania morfiny, baniek, środków ocucających i t. p. Na podstawie doświadczeń na zwierzętach doszedł Aron do tychsamych wyników, jak Unverricht *), lecz podczas gdy ten ostatni zaleca każdą ostrą odmę piersiową zamkniętą i zastawkową zamieniać natychmiast na otwartą przez założenie otwartej przetoki piersiowej, Aron radzi zapomocą sączkowania lewarowego Bülaua ciągłe odprowadzanie nadmiaru powietrza, któryby wywołał znaczniejsze ciśnienie dodatnie w jamie opłucnowej. Wykonanie jest bardzo proste i łatwe: wyjałowioną igłę do nakłóć lub trójgraniec łączy się drenem, wypełnionym rozczynem borowym wyjałowionym i sięgającym do naczynia na podłodze napełnionego tym płynem. Po wbiciu w opłucnę przytwierdzamy igłę przylepcem i powietrze przechodzi w bańkach przez płyn. Co do wyboru tych dwóch sposobów radzi Z. jak następuje: Jeśli odma piersiowa jest następstwem daleko posuniętej gruźlicy, stanowczo należy się pierwszeństwo założeniu przetoki według Unverrichta, która choremu daje większą swobodę w ruchach. Jeśli zaś mamy przed sobą gruźlicę nieznaczną, lub tylko pęknięty pęcherzyk rozedmy, to sączkowanie lewarowe Bülaua jest korzystniejsze. Należy jednak o tem pamiętać, że sama zamiana odmy piersiowej na otwartą nie sprowadza jej wyleczenia, tylko że chory przebywa w względnie dobrym stanie ogólnym do zabliźnienia się otworu, t. j. do pierwszego stopnia wyleczenia. Jest to więc tylko wskazanie życiowe i jeśli już przedtem stan chorego był beznadziejnym, to mała ta operacya oszczędza choremu strasznych mąk dni ostatnich. Skoro na kilka godzin zamykamy dren lewarowy i nie występują objawy wzmożonego ciśnienia w jamie opłucnowej, to zastawka płucna jest już zamkniętą i niebezpieczeństwa dla oddechu i ciśnienia krwi ustały.

Autor stosował sposób Arona w przypadku odmy piersiowej ostrej i zupełnej po stronie prawej i osiągnął w niespełna 4 dniach zupełne wyleczenie o tyle, że wypukiem odmy nie można było więcej stwierdzić. Z początku powietrze wychodziło z płynu bańkami, potem jednakże trzeba było od czasu do czasu wypompować powietrze tylko przez zaciśnięcie drenu, a nie strzykawką, co dziś słusznie jest zarzuconem. Wkrótce i zapomocą aspiracyi nie można było więcej powietrza wydobyć i po 34 godzinach usunięto igłę do nakłóć. Natychmiast po nakłóciu lub aspiracyi ustawały wszelkie ciężkie objawy, mimo że każdym razem wychodziło tylko kilka baniek powietrza. Postępowania Arona i Unverrichta są więc bardzo zachęcające; przynoszą one ulgę choremu, umożliwiają rychłe rozszerzenie się płuca i skracają czas odmy piersiowej do $^1/_5$—$^1/_{10}$ zwykłego jej trwania. *Dr. Fels.*

Doc. Dr. Ercklentz. **Leczenie zapomocą infuzyi.** (*Die Therapie der Gegenwart*, 1903). Leczenie zapomocą wlewań polega na systematycznem wprowadzaniu wielkich ilości izotonicznego rozczynu soli kuchennej do chorego ustroju ludzkiego. W klinicznem piśmiennictwie niema wzmianki o ujemnym wpływie tej metody leczenia. Do korzystnych objawów zaliczyć należy: wyraźną poprawę ogólnego stanu chorych, podniecenie serca, szybszą odnowę ciałek krwi czerwonych, podniesienie parcia tętniczego przez napełnienie układu krwionośnego przy upośledzonem działaniu nerwów naczynioruchowych w przebiegu chorób zakaźnych. Działanie wlewań polega na rozcieńczeniu krążących w ustroju wytworów trujących i szybsze ich wydzielenie naturalnemi drogami wydzielniczemi, względnie nerkami, zapomocą zwiększonego moczenia. Sanquirico wspomina o odtruciu ustroju zwierzęcego zapomocą wlewań w przebiegu zatrucia morfiną i strychniną. Ercklentz udowodnił działanie odtruwające wlewań przy zatruciu aniliną i chloranem potasowym, a zabiegi te, stale stosowane, niejako wypłókują pojedyncze tkaniny ustroju. Ujemny wynik wlewań w chorobach zakaźnych wyjaśnia Prof. Klecki, który udowodnił, że nietyle bakterye, ile właściwie wytwory ich życia trudno się wydzielają z ustroju. W klinice wrocławskiej otrzymano korzystne wyniki wlewań w przebiegu spraw posocznicznych, stanów mocznicowych i w ciężkich niedokrwnościach. Korzystne wyniki wlewań osięga się wtedy tylko, jeżeli postępuje się w myśl zasad Samuela i Lenhartza, t. j. jeżeli wprowadzimy do ustroju bądź przez podskórne wlewanie, bądź wprost do żył jednorazowo, lub nawet kilkakrotnie dziennie, 1 do 2 litrów rozczynu 0·9% do 0·92% soli kuchennej, który to rozczyn z powodu swojej izotonii przedstawia się jako płyn obojętny dla krwi i jej składników. *Dr. Bolesław Komorowski.*

Boldyrew. **Okresowe objawy faliste w czynności dolnego odcinka przewodu pokarmowego.** (*Bolnicznaja Gazeta Botkina* 1902, Nr. 34). Czyniąc swoje spostrzeżenie na psach z przetokami żołądkową, trzustkową i jelitową, założonemi w górnym odcinku jelit cienkich i w kiszce ślepej, zauważył B. nadzwyczaj interesującą okoliczność, mianowicie, że czynność przewodu pokarmowego w stanie głodnym zwierzęcia jest okresową. Okresy czynnego stanu żołądka, trzustki i jelit zawsze występowały jednocześnie, trwały przez jednakowy przeciąg czasu i odznaczały się jednakową siłą czynności tych odcinków przewodu pokarmowego: stan czynny z zadziwiającą prawidłowością przechodził w okres bezczynności wszystkich tych narządów, który takoż obejmował zawsze stały przeciąg czasu: okres czynny trwał 15, — bezczynności $2^1/_4$ godziny.

Obraz ten zupełnie zmieniał się pod wpływem spożywania pokarmu lub rzekomego karmienia psów: okresowość czynności i spoczynku różnych odcinków przewodu pokarmowego znikała i sok trzustkowy wydzielał się bez przerwy. Okresowość występowała znowu dopiero po ukończeniu trawienia pokarmu w żołądku, cechując się pierwszym czynnym okresem o znacznej długotrwałości i energii, przewyższającej pod tym względem 2 do 3 razy następne okresy, jak również i okresy czynne głodnych psów. Wyjaśnienie znaczenia tego zjawiska stanowi przedmiot dalszej pracy autora.

Witold Orłowski (Ptbg.).

*) »Przegląd lekarski» 1902, Nr. 11.

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Lesser. **O leczeniu kiły wstrzykiwaniami kalomelu.** (*Die Therapie der Gegenwart;* 1903, styczeń). Spostrzeganie dokładniejsze poucza, że różne sposoby stosowania rtęci mają zupełnie różną wartość nietylko ze względu na swój skutek ogólny, lecz także ze względu na poszczególne objawy przymiotu. Takim sposobem, dokładniej znanym, są wstrzykiwania kalomelu, zarzucone przez wielu z powodu sprowadzania ciężkich, a nawet śmiertelnych objawów zatrucia. L. za przykładem Fourniera poleca wstrzykiwania te wobec wrzodów kiły złośliwej galopującej i zapalenia języka, występującego w trzecim okresie kiły w kształcie uporczywego modzela (*glossitis indurativa syphilitica*), w których skutek wstrzykiwań kalomelu jest często wprost olśniewający, podczas gdy pod wpływem innych metod leczenia rtęcią sprawy te nawet się pogarszają. Również dla ciężkich postaci zapalenia tęczówki niema pewniejszego środka nad wstrzykiwania kalomelu. L. poleca rozczyn kalomelu w oliwie i pierwszy raz tylko 0,05, potem po 0,1 kalomelu, wstrzykiwać co 8 dni; najwyżej 4—5 zastrzyknięć po sobie następujących. Przykre są jednakże występujące często sprawy zapalne w miejscu zastrzyknięcia, szczególnie objawy ogólnego zatrucia rtęciowego, które w kilku przypadkach zakończyły się nawet śmiercią. Dlatego też należy wstrzykiwania kalomelu stosować z największą ostrożnością i tylko tam, gdzie są rzeczywiście potrzebne z powodu ciężkiego objawu, nie ustępującego przed innym sposobem leczenia; natomiast, jako ogólna metoda leczenia kiły, wstrzykiwania kalomelu się nie nadają. *Dr. Fels.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe dnia 7. listopada 1902.

Przewodniczący kol. Sołowij — obecnych członków 44.

1. Kol. Słęk przedstawia chorą z syringomyelią, u której są rozległe zmiany odżywcze w stawie barkowym prawym. Prelegent zamierza wykonać u chorej tej wycięcie stawu. (W kilka dni później wykonał kol. Słęk typową resekcyę stawu barkowego bez żadnego znieczulenia. Chora mimo tego nie czuła zupełnie bólu. Staw znaleziono w znacznym stopniu zniszczony, główka kości ramieniowej zupełnie zniekształcona).

Dyskusya: Kol. Głuziński potwierdza z swego doświadczenia, że syringomyelia jest dość częsta, a najczęstsze zmiany odżywcze znachodzą się w stawie barkowym, nie wie jednak jak operacya w tych przypadkach może działać. Kol. Ruff podaje, że w klinice chirurgicznej krakowskiej spostrzegał dwa przypadki syringomyelii ze zmianami w stawie łokciowym. Po wycięciu pozostał staw cepowy, który jednak przy użyciu odpowiedniego przyrządu był dla chorych bardzo dogodnym, w każdym razie chorzy mieli się lepiej i mogli łatwiej pracować, niż przed operacyą.

2. Kol. Głuziński A. przedstawia chorego, u którego żebra szyjne uciskają na naczynia tak, że w tętnicy sprychowej nie można wyczuć tętna. U tego chorego, liczącego lat 40, powstały te objawy ucisku na naczynia nagle, a G. tłómaczy to w ten sposób, że jak długo tętnice były zdrowe, mogły się usunąć z pod ucisku, kiedy jednak powstało stwardnienie, objawy nagle wystąpiły. To stwardnienie (*eudarteritis chronica*) można wykazać na wszystkich tętnicach chorego. To, że wśród pobytu w klinice stan chorego się polepszył, tłómaczy się wytworzeniem się powolnem krążenia obocznego.

Dalej przedstawia kol. Głuziński chorego z *eudarteritis obliterans*, liczącego lat 29, u którego żadnej ogólnej podstawy wykazać nie można (ani przymiotu ani cukrzycy).

Kol. G. przedstawia dalej chorą z chłoniakiem złośliwym (*lymphoma malignum*) i chorego z »myeloma«. Chory ten ma guzy na żebrach, a w moczu daje się wykazać reakcya Bence-Jonesa. (wywołana przez albumozę, nie dającą wszystkich reakcyi białka).

W dyskusyi zabierali głos koll. Kučera, Merunowicz, Feuerstein i prelegent. *Dr. Ruff,* sekretarz.

Posiedzenie naukowe dnia 14. listopada 1902.

Przewodniczący kol. Sołowij — obecnych członków 50.

1. kol. Przewodniczący przedstawia nowo przyjętych członków: koll. Wiktora Reisa i Edwarda Kikingera.

2. Kol. Lickendorf: O leczeniu histeryi zapomocą poddawania (hipnozy) (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi zabierali głos koll. Switalski, Stauber, Skałkowski i prelegent. *Dr. Ruff,* sekretarz.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie nadzwyczajne w dniu 11 Lutego 1903.

Przewodniczący kol. Prof. Nowak. Obecnych członków 45.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytany przyjęto.

II. Kol. Gertler przedstawia dziecko 14 miesięczne z wadą rozwojową części płciowych. Po urodzeniu się dziecka położna oznaczyła płeć jego, jako żeńską, co zostało zapisane do ksiąg metrykalnych. Po upływie niespełna 2 tygodni zauważyła matka, że między wargami większemi sromu i to w części górnej wystercza ciało, podobne do prącia, które do obecnej chwili się zwiększyło. Zmiany na częściach rodnych przedstawiają się w sposób następujący: W międzykroczu znajdują się wargi większe, a w górnej części w miejscu łechtaczki, wystaje członek męzki, o dobrze wykształconych ciałach jamistych, zakończony żołędzią, na której szczycie znajduje się małe zagłębienie, mogące odpowiadać ujściu cewkowemu. Długość prącia wynosi około 2 ctm. a podczas wzwodu około 4 ctm. W części dolnej znajduje się rynienka, wyścielona błoną śluzową, biegnącą ku tyłowi i kończącą się w otworze, znajdującym się między wargami. Po rozwarciu warg większych okazuje się brak warg mniejszych, jakoteż i błony dziewiczej. W górnej części przegrody warg jest otwór, prowadzący do pęcherza moczowego. Cewnik, wprowadzony pod rynienką prącia, wchodzi łatwo do pęcherza moczowego, wraca stamtąd dolną częścia otworu tak, że między obiema częściami cewnika znajduje się małe i cienkie połączenie mostkowe.

W wargach większych ani w okolicy więzu Pouparta nie można wyczuć ciał okrągłych, mogących odpowiadać jądrom i przyjądrzom męzkim. Badanie przez odbytnicę nie wykazuje po za pęcherzem ciała, odpowiadającego macicy, ani też po bokach pęcherza niema ciał podłużnych, odpowiadających dwurożnej macicy lub jej dodatkom. Jąder ani w wargach większych, ani w kanale pachwinowym wykazać nie można. Ma się więc przed sobą przypadek obojnactwa, u którego przeważają części płciowe męzkie, t. z. obojnactwo wrzekome zewnętrzne u osobnika płci męzkiej, połączone z spodziectwem i wnętrowstwem.

W przypadku opisanym zależy rodzicom na oznaczeniu płci i na ewentualnym zabiegu operacyjnym dla naprawy prącia. Co do zabiegu operacyjnego kol. Gertler sądzi, że najlepiej, podobnie jak radzi Święcicki, zaczekać do 14 roku życia, wówczas bowiem zstępują jądra niżej, a i plastyka cewki moczowej staje się wówczas dostępniejszą z powodu większego pola operacyjnego.

Przypadek podobny z połączeniem mostkowem w ujściu zewnętrznem cewki moczowej opisał Kirmisson.

W dyskusyi zabierali głos kol. Prof. Pieniążek i kol. Dobrowolski.

III. Kol. Prof. Pieniążek przedstawił wyłuszczony zwapniały ślinowy gruczoł podszczękowy wraz ze zwapniałym odlewem przewodu Wartona.

IV. Kol. Nowotny przedstawił dwa przypadki twardzieli (scleroma): w pierwszym przypadku schorzenie datuje się od lat ośmiu. — naciek twardzielowy wystąpił na tylnej powierzchni nagłośni, przechodząc na fałdy nalewkowo nagłośniowe i boczne ściany krtani, powodując zwężenie. Obecnie wytworzyło się bliznowate ściągnięcie wejścia do krtani tak, iż szczyty chrząstek nalewkowych przylegają wprost prawie do nagłośni, nagłośnia zaś silnie ku tyłowi ściagnięta.

Obok zmian w krtani wystąpiły jeszcze zmiany w tchawicy.

U drugiej chorej, obok zmian w nosie, krtani i tchawicy, przyszło do zmian twardzielowych na wyrostku podniebiennym górnym, powodujących zniszczenie przedniej części wyrostka zębodołowego; część tę wraz z 4 zębami siecznymi usunięto.

V. Kol. Nowotny przedstawił przypadek »pachydermii« krtani. U chorego, cierpiącego już od lat 20. na chrypkę, badaniem wykazano guz, składający się z pojedynczych brodawek, barwy kredowo-białej. Guz wychodził z więzadła prawdziwego lewego i zajmował prawie całe światło krtani. Guz ten operowano najpierw śródkrtaniowo, skoro jednak ciągle tworzył nawroty, wyłuszczono go doszczętnie drogą rozcięcia krtani (laryngofissura). Badanie mikroskopowe wykazało utkanie, zbliżone bardzo do utkania rakowego. *(autoreferat).*

VI. Kol. Borzęcki wygłosił odczyt. »Rzerząꜩka u mężczyzn, a pozwolenie żenienia się« (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi zabierali głos kol. Gertler, Prof. Bujwid, Prof. Klecki i kol. Prelegent. *Dr. Dobrowolski,* sekretarz doroczny.

VIII. I. Zjazd lekarski w Kairze

Sekcya patologiczna.

(Ciąg dalszy).

Dr. Legrand (Aleksandrya). *Przyczynek do zadania, mającego na celu ochronę Egiptu przed cholerą.*

Dr. Legrand, delegat francuski do Rady kwarantanowej w Aleksandryi, omawia epidemie cholery w Egipcie, począwszy od r. 1865. Było ich cztery. Pierwsza w r. 1865 wybuchła w Suezie wskutek fałszywej deklaracyi kapitana okrętu, przewożącego pielgrzymów z Mekki. Druga w 1883 w Damiecie w następstwie potajemnego wylądowania palaczy i kupców indyjskich. Trzecia w 1895 w Salkieh nad kanałem Suezkim, miejscu łączącem zapomocą promu Egipt z półwyspem Synajskim, zakażonym natenczas przez pielgrzymów, wymykających się potajemnie ze stacyi kwarantanowej w Tor. Wreszcie czwarta w r. 1902 w Muszy, wsi położonej w górnym Egipcie, tuż koło Kosseir, portu nad morzem Czerwonem. W porcie tym przychwycono kilka gromad pielgrzymów, którzy wylądowali potajemnie bez odbycia przepisanej kwarantany w Tor. Takich przekradających się do Egiptu pielgrzymów musiało być więcej, skoro, jak się dowiadujemy z raportu urzędu kwarantanowego w Dżeddah, 38 łodzi żaglowych z 1582 pielgrzymami odpłynęło w stronę Egiptu. Z tych 451 odbyło kwarantanę w Suakim, 23 w Kosseir, a 140 przychwyconych na kontrabandzie — bądź w Kosseir, bądź w Suakim, — razem 614. Pozostaje zatem 968 pielgrzymów, o których miejscu wylądowania niewiadomo.

Brzeg egipski morza Czerwonego wynosi przeszło 800 mil morskich, i jak się okazało, był niedostatecznie strzeżony. Suez, Damietta, Salkieh, Musza leżą na wschodnich granicach Egiptu i są łatwo dostępne. Wszystkie cztery epidemie były spowodowane przez potajemne wylądowanie, a największe niebezpieczeństwo zagraża od Wschodu.

Wśród tego okresu czasu było w Hedżas 10 epidemij cholery i 100.000 pielgrzymów egipskich wracało do Egiptu z mnóstwem tobołów: mimo tego cholera nigdy nie wybuchnęła w mieście lub wsi, położonej w środku Egiptu. Jestto wymowny dowód, świadczący przeciw teoryi odradzania się form inwolucyjnych bakteryj, którą mowca nazywa „hipokryzyą bakteryologiczną“. Przyznaje, że istnieje „mikrobizm“ ukryty, tj. że bakterye cholery mogą istnieć czas pewien w jelitach osobnika, nie wywołując napadu cholery, lub wywołując tylko nic nieznaczącą biegunkę, ale nie wykazano, aby on był niebezpieczny dłużej nad okres wylęgania u tych, którzy mają uledz napadowi cholery. Co się zaś tyczy teoryi odradzania zarodników osłabionych, form inwolucyjnych, któreby miały przetrwać w stanie saprofitycznym 40—50 dni w jelitach osobnika, to ona zdaniem autora nigdy nie została udowodnioną. Dwie ostatnie epidemie należy przypisać złemu wykonaniu, lub usunięciu niektórych przepisów, podyktowanych przez Radę kwarantanową w celu ochrony granic, przez osoby nowo przybyłe, rządzące, nie obeznane ze zwyczajami kraju. Najlepiej byłoby zakazać pielgrzymki; ale że taki krok byłby nie polityczny i nie liberalny, a nadto dałby tembardziej pochop do pielgrzymki potajemnej, dlatego, aby złemu zaradzić, zaleca prelegent strzedz dokładniej, niż dotąd, brzegów wschodnich, wypełniać przepisy kwarantanowe, wzbronić w czasie pielgrzymki komersu łodziami żaglowemi między brzegami Arabii i Egiptu, lub też w porozumieniu z Radą kwarantanową turecką czuwać nad łodziami, przewożącemi pielgrzymów do Egiptu i Sudanu. Wsadzać na każdą łódź po kilku strażników sanitarnych, gromadzić je w grupy, a następnie konwojować przez kilka lekkich krążowników straży granicznej aż do stacyj kwarantanowych w Tor i Suakim.

Dr. Lipa. *Przyczynek do studyum ostatniej epidemii cholery w Egipcie.*

Według autora bakterye Kocha nie są jedynym czynnikiem, wywołującym cholerę. Istnieją przypadki cholery, w których nie wykazano przecinka Kocha, w których jednak bakterye z grupy *b. coli* były bardzo jadowite. Z drugiej strony znajdowano przecinki Kocha w jelitach ludzi zupełnie zdrowych. Podział zatem cholery na »*cholera asiatica*« i »*cholera nostras*« nie wydaje mu się całkiem uzasadniony. Autor twierdzi, że Nil jest nowym czynnikiem, powodującym cholerę. Woda nilowa, sama przez się bardzo nieczysta, w ostatnich czasach z powodu robót, wykonywanych w górnym Egipcie, była jeszcze bardziej zanieczyszczona. Woda zatrzymana tamą w Assuan ma być według raportu Willcocksa tak złą, że ryby w niej zamierają i gniją; nic więc dziwnego, że taka woda może sprowadzać różne choroby, a temsamem i cholerę.

Prelegent radzi zaniechać używania do picia wody nilowej, natomiast kopać studnie artezyjskie i zniewalać mieszkańców Egiptu do zaopatrywania się w wodę, czerpaną z tego źródła.

Dr. Gottschlich (Aleksandrya). *Spostrzeżenia poczynione w Egipcie nad morem.*

Z punktu widzenia klinicznego trzeba odróżnić dwie epidemie moru w Egipcie: letnią i zimową. Epidemia letnia jest wynikiem epidemii między szczurami, które się szczególniej w tym czasie rozmnażają. Dotyka ona osoby, które przez swoje zajęcie wystawione są na zetknięcie się ze szczurami, a więc kupców składów korzennych, rolników, robotników portowych itd. Ma ona szczególne upodobanie do formy dymieniczej, nie jest przeto tak ciężka, jak epidemia zimowa.

Zapobieganie epidemii polega na niszczeniu całkowitem szczurów

Epidemia zimowa jest wynikiem stykania się człowieka z człowiekiem. Występuje w zimie, bo gromadzenie się w domach sprzyja zakażeniu. W Bombayu, gdzie epidemia szerzy się przez przeniesienie z człowieka na człowieka, wzmaganie się moru w tym czasie jest peryodyczne. Forma płucna, która się ulecza tylko wyjątkowo, jest najczęstszą w zimie.

Zapobieganie jest tu łatwe i polega na natychmiastowem odosobnieniu chorych, dotkniętych morem.

Dr. Langlois (Paryż). *Niszczenie szczurów i odkażanie okrętów sposobem Claytona.*

Niszczenie szczurów, będące najlepszym środkiem do zwalczania moru, zajmuje w ostatnich czasach umysły higienistów, z których jedni zachwalają kwas węglowy, drudzy kwas siarkowy. Według autora najlepszy jest kwas siarkowy suchy, wywiązujący się w piecu Claytona. Zapomocą tego przyrządu można łatwo otrzymać zagęszczenie kwasu siarkowego 14—15% i utrzymywać ten stosunek w przedziale okrętowym tak długo, jak długo się chce. Gaz, wydobywający się z przyrządu Claytona, pozwala zniszczyć z pewnością wszystkie szczury i owady takie, jak pchły, pluskwy, prusaki, karakony itp., bez widocznego nadwerężenia najdelikatniejszych towarów, jak skóry, zboże, cukry, mięso, owoce — i bez najmniejszego uszkodzenia przedmiotów metalowych. Przyjęcie tego sposobu przez służbę sanitarną morską pozwoliłoby okrętom towarowym uniknąć długich kwarantan, szkodliwych dla handlu międzynarodowego — i uchronić porty przed epidemiami moru i cholery. Byłoby też do życzenia, kończy autor, aby zaprowadzono niektóre zmiany w uchwałach Konferencyi weneckiej i nakazano niszczenie szczurów na okrętach, jako środek ochronny międzynarodowy. (Ciąg dalszy nast.).

IX. Ginekologia Galena.

Studyum ginekologiczno-historyczne.

Napisał

Dr. Jan Lachs.

V.

Choroby kobiece niepołogowe. — Zakończenie.

Jak całą prawie fizyologię i patologię ciąży, porodu i połogu opiera Galen na relacyach położnych, tak znowu cały dział jego o chorobach kobiecych polega na tem, co mu położne i inne *ad hoc* wzywane kobiety „γυναικες ύστερικαί“ *„medicae foeminae“ (de locis affectis lib. VI. cap. V.)* opowiadały. Wśród tych ostatnich istniał obok położnych drugi rodzaj służby lekarskiej, wyzyskującej chore kobiety. O ile bowiem nie można nic przeciw temu mieć, by cierpiąca kobieta mogła się właśnie do kobiety udać po poradę lekarską, o tyle musimy uważać osoby nie wykształcone odpowiednio, a korzystające z nieświadomości drugich, jedynie za wyzyskujące. Naturalnie, że wyniki badania przedmiotowego nie mogły wobec tego stać na tej wysokości, na jakiej stała reszta nauki Galena. Jak się zaś cała patologia chorób kobiecych u niego przedstawia, to właśnie niżej zobaczymy.

Tu należą choroby samych części rodnych, oraz takie, które im zawdzięczają swoje powstanie. Z chorób pierwszej kategoryi znane były Galenowi sprawy, będące następstwem zaburzeń odżywczych, zmiany w ich położeniu, nowotwory, wady rozwojowe, choroby sutków i choroby bez podstawy anatomicznej. Do chorób drugiej kategoryi należą zaburzenia w miesiączkowaniu, niepłodność i histerya.

W etyologii tych cierpień odgrywają wielką rolę nieprawidłowości połogu, miesiączka, a mianowicie sztuczne jej wstrzymywanie, spółkowanie, choroby mężczyzny lub kobiety, z powodu których dostaje się do macicy nasienie już zepsute. Najbardziej zajmującą jest ostatnia przyczyna;

bo podczas gdy wszystkie inne spotykamy już u poprzedników Galena, to po raz pierwszy wspomina on o wpływie chorobliwego nasienia na części rodne kobiece. Naturalnie nie ma on tu na myśli chorób wenerycznych jako przyczyny. My jednakowoż możemy z dzisiejszego punktu widzenia napewno przyjąć, że nie nasienie chorobę powodowało, ale jedynie choroby weneryczne, których przenośnikiem było nasienie. Choroby zaś weneryczne w ówczesnym Rzymie z pewnością nie były rzadkością.

Wszystkie tu wymienione okoliczności wpływają w pierwszym rzędzie na zmianę soków, a za pośrednictwem tych na „temperament" macicy, która przestaje pod tym względem zajmować miejsce pośrednie i staje się zanadto wilgotną lub suchą, albo zanadto ciepłą lub zimną. W następstwie zmienionego „temperamentu", powstają także zmiany anatomiczne, które lekarz palcem wybadać może

Tu należy przedewszystkiem zapalenie macicy, *inflammatio uteri*. Już powyżej wspomnieliśmy o tem cierpieniu przy wykładzie patologii połogu. Poza połogiem nie jest to cierpienie tak groźnem, a przedmiotowo można stwierdzić zmianę zbitości macicy, tj. jej stwardnienie i zamknięcie ujścia wewnętrznego. Ten ostatni objaw nie jest patognomoniczny, gdyż zdarza się i w czasie ciąży. Pod tym względem rozstrzyga zbitość macicy. Na zewnątrz objawia się to cierpienie zmianami w miesiączkowaniu, przypadłościami ze strony pęcherza, na który się często przenosi z powodu sąsiedztwa *(in aph. Hippocr. com. quint. 59)*, a czasem napadami histerycznymi. Podmiotowo odczuwają kobiety ból głowy, wstręt do jedzenia i brak łaknienia. Następstwem choroby bywa często niepłodność kobiety. Leczenie polega na użyciu gałek, składających się z roztartego kminku, smoły i tłuszczu baraniego *(de remed. parabil. lib. II. cap. XXVI.)*, a przedewszystkiem na wprowadzaniu wprost do pochwy mięszaniny z roztartych liści i korzeni liliowych *(de simpl. medicam. temp. ac. facultat. lib. VII. cap. X. K. XII.)* i na upustach krwi, gdy się miesiączka zatrzymuje.

Opisowi zapalenia macicy wedle Galena nie można uczynić żadnego zarzutu. Wszystkie przez niego podane objawy są prawdziwe, a stanowczo bardziej do rzeczywistości zbliżone, aniżeli te, które podał Hipokrates. Według tego bowiem *(de mul. morb. lib. II.)* zapalenie macicy, które zawdzięcza często swój początek sprawom połogowym, nie jest czem innem, jak różą macicy, a więc chorobą bardzo ciężką, kończącą się częstokroć śmiertelnie. Galen zbliża się pod tym względem jeszcze bardziej do naszych pojęć, aniżeli nawet Soranus, który mięsza często pojęcie zapalenia samej macicy z zapaleniem jej więzadeł, identyfikując te dwa cierpienia *(Soranus lib. II. cap. II, 18)*.

W zapaleniu macicy nie musi być cały ten narząd zajęty, ale pojedyncze jego części, jak np. same rogi *(de symptom. causis lib. III. cap. XI.)*, lub nawet pojedyncze jej warstwy mogą być dotknięte sprawą chorobową. Dla tej to przyczyny budowa macicy jest warstwowana, by się w ten sposób cierpienie mogło ograniczyć do jednej warstwy, nie udzielając się drugiej, bezpośrednio do niej przylegającej *(de usu p. corp. hum. lib. XIV. cap. XIII.)* Badaniem powinna położna stwierdzić, która część macicy jest zajętą, gdyż to jest ważne dla rokowania. Mimo tej ważności nie ma podanych u Galena objawów zapalenia wnętrza macicy. Nie opisuje ich także Hipokrates, ani pod tym względem znacznie od niego ściślejszy Soranus.

Dalszą zmianą macicy są choroby części pochwowej, których wyrazem jest nadżerka *(de locis affectis lib. VI. cap. V.)*, dająca się już palcem wyczuć. Czy cierpienia te są natury zapalnej, czy też innej, tego Galen nie powiada. Soranus *(lib. II. cap. II.)* uważa sprawy, toczące się w części pochwowej, za zapalne. Zewnętrznym ich objawem jest krwawienie, które daje zarazem pewną wskazówkę w kierunku leczenia, wymagając przedewszystkiem upustu krwi i to nie na kończynie dolnej, lecz tylko na górnej.

Wszystkie objawy przedmiotowe, o których dotychczas wspomnieliśmy, mogą występować przy guzach macicy, które mogą być natury dobrotliwej lub złośliwej. Guzy natury dobrotliwej sprowadzają powiększenie macicy, jej stwardnienie i zamknięcie ujścia macicznego. Pierwszy i ostatni objaw występuje regularnie w czasie ciąży i jest dla niej charakterystycznym. Natomiast staje się stwardnienie macicy przy uwzględnieniu tamtych dwóch objawów dla nowotworów patognomonicznem. Jeżeli jeszcze uwzględnimy, że przy nowotworach miesiączka występuje zazwyczaj obficiej, a objawy ze strony pęcherza również dokuczają pacyentce, jakoteż nie mniej, że ruchów płodowych niema, będziemy mieli wszystkie objawy różniczkowe wedle Galena, które są tembardziej potrzebne, że przy guzach macicy występuje często pokarm w sutkach, na co już przed Galenem wskazal Soranus. Leczenie tego cierpienia, które najprawdopodobniej niczem innem nie było, jak włókniakiem macicy, polega na tych samych zasadach, jak i leczenie zapaleń macicy.

Obok tych guzów znał Galen jeszcze i nowotwory złośliwe macicy, a przedewszystkiem raka, którego trudności rozpoznawcze nie były mu obce. Pod tym względem wedle Galena pamiętać trzeba o zapaleniu macicy, o nowotworach niezłośliwych i o róży macicy. Rokowanie w tem cierpieniu uważał Galen za bezwględnie niedobre, co wynika już z porównania jego z różą macicy *(in aph. Hippocr. com. quint. 58)*. Podobnie jak to ostatnie cierpienie niszczy i rak cały ustrój, a leczenie jego wobec bezsilności wszelkiej terapii i wobec tego, że właściwe środki lecznicze swojem drażnieniem raczej szkodzą, a nawet i o śmierć przyprawić mogą i tak już ciężko chore osoby, *(in aph. Hippocr. com. sext. 38)*, polega na stosowaniu środków, łagodzących pojedyncze przypadłości. *(Methodi medendi lib. XIV. cap. V. K. X.)*.

Nie o wiele obszerniej, lecz stanowczo dokładniej zastanawia się nad rakiem macicy Hipokrates *(de nat. muliebri)*, a odpowiedni rozdział u Soranusa *(lib. II. cap. XIII.)* wcale nas nie doszedł.

Na zakończenie nauki o nowotworach wypada wspomnieć o zaśniadzie, nad którym z powodu zapatrywań większości lekarzy starożytnych na istotę tego cierpienia, zastanawiamy się tu, a nie przy patologii ciąży. Jestto bezsprzecznie najbardziej zajmujący rozdział ginekologii starożytnej, który dawał ówczesnym lekarzom zarówno dużo do myślenia, jak i nowożytnym. Faktem jest, że oni pod to pojęcie podporządkowywali najrozmaitsze stany patologiczne, którym towarzyszyło nieregularne krwawienie, brak miesiączki, powiększenie objętości jamy brzusznej itd.

Rozpoczynając nasz przegląd od Hipokratesa, musimy powiedzieć, że tłómaczy on powstawanie zaśniadu dostaniem się chorego nasienia męzkiego, i to w skąpej ilości, w czasie silnej miesiączki do jamy macicznej *(Hippocr. de mulier. morbis. lib. I.)*. Jako charakterystyczny objaw tego stanu patologicznego podaje brak pokarmu w sutkach, powiększanie się macicy i wypełnienie jej jamy guzami, wreszcie krwawienie i brak ruchów płodowych. Stan ten może trwać 2 –3 lat, a kończy się czasem śmiercią wśród objawów krwotoku. Nie uważa więc Hipokrates tego stanu za ciężarny, gdyż w sutkach niema pokarmu i ponieważ to cierpienie trwać może 2—3 lat. Celsus nie wspomina o tej chorobie wcale, czego nam tylko żałować wypada, gdyż od niego, dzięki jego wyrazistości i zwięzłości, najwięcej może dowiedzielibyśmy się. Soranus zajmuje się tym przedmiotem bardzo obszernie i nikt, — rzec można, — z wyjątkiem Moschiona, nie określił tak dokładnie, jak on, pojęcia o zaśniadzie i stanowiska, jakie wobec niego zajmuje. *(Soranus lib. II. cap. IX.)* On zalicza do zaśniadu wszelkie stwardnienia macicy, a więc bez względu na to, czy one są natury zapalnej, czy też nowotworowej. Co się zaś tyczy jego umiejscowienia, to może on być w jakiejkolwiek części macicy, występując już to pod postacią guza

„twardego jak kamień“, już to pod postacią stwardniałej macicy. Objawami zaś, towarzyszącymi temu cierpieniu, które się może stać złośliwem, są: obrzęk sutków, opuchlina dolnej części ciała i pojawianie się czasowe nowotworu w sromie, brak miesiączki, ogólne wyniszczenie, nudności, niestrawność i bezsenność. Leczenie polega na upustach krwi, łagodzących przestrzykiwaniach, noszeniu opaski, lekkiej gimnastyce i kąpielach morskich. Moschion jedyny oświadcza stanowczo, że tego stanu nie należy uważać za ciążę, a z tego, co o nim pisze, można przypuszczać, że ma na myśli włókniaki, gdyż guzy, wyrastające w macicy, są szczególniej twarde *„aliquando etiam et de vulnere in matrice posito plus caro excrescit, unde obstetrix immisso digito in orificio vel in collo hoc ipsud invenit aliquando omnis matrix talem valetudinem patitur, ut venter omnis cum duritia lapidis excrescat et relicum corpus cum malo colore et fastidio tenuctur*.. .... separamus autem molam habentem a gravida muliere......“ *(Moschion lib. II. cap. IX.)*. Leczy zaś ten stan kąpielami morskiemi, czegoby z pewnością nie czynił, gdyby tylko przypuszczał ciążę.

Z późniejszych autorów, obchodzących nas tu bliżej, nie wspomina Caelius Aurelianus wcale o zaśniadzie, a Oribasius podporządkowuje pod jego pojęcie jedynie włókniaki. Co się zaś tyczy ich powstawania, to ten ostatni przypomina swojemi zapatrywaniami o tyle Hipokratesa, że uważa znowu zaśniad za wytwór nasienia. Gdy on jednak uważa tu za niezbędne tylko nasienie żeńskie, to przeciwnie Hipokrates sądzi, że do powstania zaśniadu potrzeba zaledwie cokolwiek i to chorego nasienia męzkiego. Jak widzimy, nie uważa ani Hipokrates, ani znacznie od niego późniejszy Oribasius, tego stanu za ciężarny, gdyż do tego potrzebne jest podług nich nasienie męzkie i żeńskie, lecz za coś pośredniego, do czego wystarcza zupełnie nasienie jednego rodzaju.

A teraz wrócimy po tej małej wycieczce do Galena, który się również zajmuje zaśniadem, poświęcając mu jednakowoż zaledwie kilka tylko słów. Wychodząc z zapatrywania, że ciąża jest stanem, spowodowanym przez współdziałanie nasienia męzkiego z żeńskiem, sprzeciwia się twierdzeniu, jakoby jednego rodzaju nasienie mogło spowodować ciążę, lub przynajmniej stan, do niej podobny. Jeżeli zaś Galen uważa stan, podczas którego się zaśniad w macicy znajduje, za ciążę „κύησις μύλης“, to z konieczności musimy przyjąć, że zaśniad powstaje wedle niego przez wzajemne działanie na siebie obydwóch rodzajów nasienia, lecz przez działanie, którego nam bliżej nie określa. W następstwie tego wytwarza się w macicy mięsny twór bezkształtny „σὰρξ ἀργὴ καὶ ἀδιάπλαστος“ *(„caro otiosa atque informis“ de usu p. corp. hum. lib. XIV. cap. VII.)*, przypominający raczej nowotwór, aniżeli płód. Jak się Galen zapatruje na przebieg, rokowanie i leczenie zaśniadu, tego nigdzie nie zdradza, tak, że jak się on z jednej strony pod względem swego zapatrywania na powstawanie zaśniadu najbardziej zbliża do rzeczywistości ze wszystkich starożytnych lekarzy, tak się znowu z drugiej strony od niego stanowczo najmniej dowiadujemy pod względem patologii zaśniadu. (C. d. n.)

X. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Protokół z II. posiedzenia pełnej Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej, odbytego dnia 11. lutego 1903.

Obecni: Prezydent Dr. Festenburg, prof. Dr. Mars, Dr Mehrer, Dr. Piaskiewicz, Dr. Pisek, Dr. Szymański, Dr Ruczka, Dr Papée. Nieobecni: Dr Żukowski, Dr Eckhardt, Dr Stöckl i Dr Biegelmayer, którzy nieobecność swoją usprawiedliwili.

1) Prezydent zawiadamia o dokonanych wyborach uzupełniających, a mianowicie zostali wybrani: z okręgu obejmującego powiaty: rawski, sokalski, kamionecki, żółkiewski, gródecki — członkiem Izby Dr Henryk Szymański ze Lwowa 5 głosami na 18 głosujących, zaś zastępcą członka Dr Sylwester Drzymalik z Żółkwi 7 głosami na 18 głosujących; z okręgu obejmującego powiaty: lwowski, rudecki, żydaczowski, bóbrecki, przemyślański, rohatyński zastępcą członka Dr. Krzyształowicz z Mikołajowa.

2) Następnie zawiadamia o podziale czynności w Wydziale, przyczem sekretarzem został wybrany Dr. Papée, zaś skarbnikiem Dr. Mehrer. Zawiadamia również o posiedzeniu komitetu Izb w sprawie zmiany ustawy o Izbach, które odbyło się we Wiedniu dnia 23 listopada 1902 i w którem prezydent jako delegat Izby brał udział.

3) Podaje do wiadomości o wysłaniu okólnika w sprawie obejmowania czynności przez lekarzy w Kasach majstrów i o zamiarze wydania okólnika w sprawie partactwa.

4) Zawiadamia, że do Kasy chorych lekarzy, której statuta Namiestnictwo zatwierdziło, zgłosiło się około 90 lekarzy. W sprawie tej odbyło się zgromadzenie lekarzy lwowskich, na którem oprócz tego omawiano sprawę honoraryów lekarskich i wybrano komitet, który ma się zająć organizacyą lekarzy.

5) Pismo, wychodzące w Wiedniu, »Aerztl. Standeszeitung«, zwróciło się do Izby z prośbą, by anonsowała w tym tygodniku konkursy na posady lekarskie w obrębie Izby. Izba odpowiedziała odmownie.

6) Izba gospodarcza (bukowińska) poruszyła zeszłego roku sprawę lekarzy przy domenach. Na to otrzymała odpowiedź odmowną Ministerstwa, co do uregulowania płacy tych lekarzy.

7) Następnie zawiadamia o kilku sprawach osobistych, w których Izba już to interweniowała, już też interwencya jej nie była wskazaną.

8) Zapomóg udzielono trzy: chir. S. 100 kor., Dr. K. i wdowie po Drze F. po 100 kor., tej ostatniej jako zwrot kosztów pogrzebowych, dwie prośby wdów po lekarzach odesłano Tow. lekarskiemu, jednej prośbie o pożyczkę odmówiono.

9) Od opłaty uwolniono 8 lekarzy w całości, trzech od połowy, a 7 podań nieuwzględniono.

10) *Rada honorowa*. W czasie od 1 lipca 1902 do stycznia 1903 rozpatrywano spraw ogółem 15; z tych załatwiono: ugodowo 2, udzielono upomnień 4, wytknięto niewłaściwość postępowania 1; w toku jest jeszcze spraw 7.

W dyskusyi nad sprawozdaniem Dr Piaskiewicz zawiadamia, że na zebraniu lekarzy kołomyjskich przyjęto projekt kasy chorych dla lekarzy przychylnie. Prócz tego poruszono tam kwestyę taryfy lekarskiej i sprawę rzeczoznawców sądowych.

Sprawozdanie kasowe. W obec tego, że członkowie komisyi kontrolującej, Dr. Eckhard i Dr. Żukowski, na posiedzenie przybyć nie mogli, prezydent zaprosił do tej czynności Dra Ruczkę i Dra Szymańskiego. W roku 1902 było 13487 kor. 83 h. przychodu, rozchodu zaś 5195 kor. 96 h. — pozostała zatem nadwyżka z końcem roku 8291 kor. 87 h. Majątek Izby wynosi 30,600 kor., prócz kwot zapisanych na fundusz gremiów chirurgicznych we Lwowie i Złoczowie, które wynoszą 2496 kor. 56 h. Imieniem komisyi kontrolującej wnosi Dr. Ruczka udzielenie Wydziałowi absolutoryum. Wniosek przyjęto.

Majątek gremiów chirurgicznych uchwalono przelać do funduszu ogólnego.

Na wniosek Dra Mehrera uchwalono na rok 1903. opłatę do Izby w wysokości 12 koron rocznie. — Lwów dnia 11 lutego 1903.
Dr. Festenburg, Dr. Papée, Dr. Mars, Dr. Piaskiewicz, Dr. Szymański, Dr. Ruczka, Dr. Mehrer, Dr. Pisek.

Otrzymujemy list następujący:

Szanowna Redakcyo!

Udaję się do Szanownej Redakcyi z prośbą o podniesienie w łamach „Przeglądu lekarskiego“ następującej aktualnej sprawy: Wydział krajowy przyznał mi w partykularzu za szczepienie ospy w okręgu II i III samborskiego powiatu w r. 1902. — za 76 dni dyet *po 6 koron* za jeden dzień, podczas gdy Rozp. z dnia 20 marca 1901 r., umieszczone w Dz. U. P. Nr. 34, §. 1 poz. 17, przyznaje wyraźnie lekarzom prywatnym, do jakich ja się zaliczam, należytości dniowe *po 8 koron za jeden dzień*, — a dotychczas *jure caduco* przyznawano je zawsze po 7 koron, — mimo, że rozporządzenie ministeryalne jeszcze z dnia 18 czerwca 1873, Dz. U. P. Nr. 115, również wyraźnie orzeka, że lekarzom prywatnym przysługuje zaliczanie należytości dniowych IX rangi, tj. po 8 koron za jeden dzień.

Pokrzywdzony zostałem tedy po 2 korony na 76 dniach, tj. o sumę łączną 152 koron, a na mój rekurs Wydział krajowy oka-

zał się zupełnie nieczułym. Ja sam pójdę w danym razie aż do trybunału administracyjnego z moim rekursem; — sprawę jednak powyższą podnoszę w interesie ogółu lekarskiego, na każdym kroku prawie wyzyskiwanego, gdyż przypuszczam, że podobnego załatwienia partykularzy za szczepienie ospy w r. 1902 doznali i inni koledzy *).

Prosząc tedy o podniesienie tej sprawy w „Przeglądzie lek.", pozostaję z poważaniem

Dr. Wojciech Chrząszczewski, ze Sambora.

XI. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 26. lutego.

* Płockie Towarz. lekarskie przysyła nam następującą odezwę: »Istniejący przy Towarzystwie lekarskiem Komitet popularyzacyi wiedzy higienicznej wśród szerszych warstw społeczeństwa, pragnąc wysunąć na pierwszy plan sprawę rozpowszechniania wiadomości i zasad zdrowotności w Królestwie Polskiem, uważa za rzecz konieczną przyjęcie udziału w naradach i Wystawie warszawskiego Towarzystwa higienicznego, które odbędą się w kwietniu r. b. Wobec tego Komitet zamierza zobrazować możliwie wszystko, co dotychczas u nas w tym kierunku zdziałano, jak również co w tej dziedzinie już zrobiono w innych krajach. Tego rodzaju Wystawa ma też na celu zaznajomienie uczestników tych narad z jakością, rodzajem, cenami i t. d. różnych przedmiotów pomocniczych, mających związek z szerzeniem oświaty higienicznej wśród ludu. W tym celu uważamy za rzecz niezbędną zebrać jak największą ilość: 1) popularnych wydawnictw, broszur z dziedziny higieny i medycyny w językach polskim i obcych, 2) katalogów, wydawnictw informacyjnych cenników firm, naszych i zagranicznych, 3) atlasów ściennych, tablic, map, ilustracyj i 4) dyapozytywów, modeli i preparatów.

Prosimy zatem uprzejmie pp. lekarzy i wszystkich wogóle, którzy posiadają tego rodzaju zbiory, o jaknajrychlejsze przysłanie nam takowych dla wystawy z jednoczesnem nadmienieniem, co może zostać własnością naszego Towarzystwa, w celu ufundowania muzeum. Okazy nie ofiarowane nam na ten cel będą z wdzięcznością zwrócone pp. właścicielom w czasie właściwym«.

Prezes Towarzystwa *A. Zaleski*. Przewodniczący Komitetu *dr. Al. Maciesza*. Sekretarz Komitetu *dr. M. Themerson*.

XIV. kongres międzynarodowy lekarski w Madrycie (23—30 kwietnia 1903 r.).

Sekretarz generalny wzywa wszystkich członków kongresu, którzy zgłosili odczyty, aby w jak najkrótszym czasie przesłali tematy z krótkiemi streszczeniami, napisanemi po francusku pod adresem: *Secrétaire général du XIV Congrès International de Madrid (Facultad de Medicina)*, a to w celu, aby mogły być wydrukowane przed kongresem.

Podróż. Hiszpania, Francya, Włochy, Norwegia, Rumunia, Serbia przyznały dla kongresistów upusty na kolejach 50%, na statkach 30—33%.

Kto po zapłaceniu taksy otrzyma legitymacyę (*carte d'identité*), może z upustów kolejowych korzystać, począwszy od 4. kwietnia aż do 20 maja. Do Francyi i do Hiszpanii można wjeżdżać jedną drogą, a wyjeżdżać inną, z upustem 50%. Wszystkie wycieczki po całej Hiszpanii mogą kongresiści odbywać z upustem 50% na kolejach. Najtaniej i najwygodniej odbyć można całą podróż i zwiedzanie Hiszpanii, zapisując się do jednej z ośmiu wycieczek ajencyi paryskiej. (*Voyages pratiques 9, rue de Rome, Paris*) Należy więc napisać wprost do tej ajencyi z prośbą o przysłanie drukowanych informacyj i wybrać sobie jedną z ośmiu dróg, która najlepiej dogadza, a następnie zamówić sobie w tej agencyi bilety zestawione na całą drogę z domu i do domu. »Les Voyages pratiques« mają także agencyę w Wiedniu (*Franz-Josephs-Quai, Direct. Russel*). «Les Voyages pratiques» w cenie podróży dają wszystko, t. j. kolej, powozy, mieszkanie w Madrycie podczas kongresu i w innych miastach z całem utrzymaniem i przewodnikami.

Mieszkania (jeżeli się nie należy do »Voyages pratiques«) dostać można w Madrycie w cenie od 13 do 50 pesetas (12—40 frcs) z całem utrzymaniem dziennie i należy się zgłosić o nie wprost pod adresem: *XIV. Congrès International de Médecine. Le Service des Logements. Madrid. Facultad de Medicina.* Mieszkania w prywatnych domach bez utrzymania (pension) w cenie po 7 pesetas. Należy więc wymienić przy zamawianiu, ile pokoi, w jakiej cenie z utrzymaniem lub bez i na ile osób, najpóźniej do 16 marca 1903.

Podczas kongresu odbędą się przyjęcia w pałacu królewskim w municypalności, przedstawienia w teatrze królewskim, oraz walki byków na cześć kongresistów. Prócz tego każda sekcya ugości swoich członków.

Poczta w czasie kongresu. Listy do Madrytu należy kazać sobie adresować: *Mr. le Docteur . . . Membre du XIV Congrès internat. de médecine Section de . .* (wskazać swój kraj lub miasto) *Madrid.*

Kto chce korzystać z upustu na kolejach, to przy zapisywaniu się powinien przesłać równocześnie taksę wpisową na członka kongresu czekiem przez Bank lyoński w Paryżu wprost do Madrytu, po 25 frcs. a za panie po 12 frcs. Do 10 marca b. r. można przesyłać pieniądze do skarbnika komitetu polskiego, Prof. Dr. Reissa, Kraków, Basztowa 25, po 29 koron od osoby, tyle bowiem wynoszą koszta bankowe wraz z przesyłką czeku. Zgłaszanie się na członka kongresu bez załączenia taksy nie ma żadnego znaczenia.

Od Dr. B. Motza z Paryża, znającego dobrze Madryt, otrzymał komitet ważne szczegóły co do mieszkań: «Porządne, lecz niezbytkowne utrzymanie w Madrycie kosztuje 5 pesetas (4 korony) dziennie. Pensyonat w tej cenie można znaleźć przy ulicy *Calle Barco Nr. 8 u pani Estrella del Moral.*

Utrzymanie bardzo wykwintne można mieć za 13 pesetas (10 koron) w bardzo wielu hotelach, n. p. *Hotel Quatronaciones, calle de Arenal, 19.*

Koszta jazdy: z Paryża do Madrytu: Süd-Expressem (26 godzin jazdy) 246 fr., tylko I. klasa. Pospiesznym: I. kl. (32 godzin) 164 fr. II-ga kl. (42 godzin) 116 fr. — Wobec opustu 50% ceny te uważać należy, jako *aller et retour*«.

Szan. Redakcye lekarskich pism polskich zechcą łaskawie powtórzyć powyższe uwiadomienie.

Polski komitet dla XIV międzynar. kongresu lek. w Madrycie.
Prof. Dr. Wicherkiewicz, prezes. *Dr. Buzdygan, sekretarz.*

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie nadzwyczajne, na którem, po przedstawieniu chorych przez kolegów: J. Landaua i Wachtla, miał odczyt kol. prof. Wachholz »Z historyi trucizn i otruć«.

* D. 24 b. m. odbyło się skrutynium uzupełniających wyborów do Izby lekar. zachodnio-galicyjskiej: członkiem zarządu wybrany został Dr. Adam Lange.

* W jednym z powiatów południowej Galicyi lekarz powiatowy został wybrany z większej własności do Rady powiatowej. Przeciwnicy tego wyboru zakwestyonowali wybieralność lekarzy powiatowych do Rad powiatowych i założyli protest do namiestnictwa przeciw wspomnianemu wyborowi lekarza powiatowego; namiestnictwo protest uwzględniło. Lepiej jednak poinformowani wyborcy lekarza wnieśli rekurs do ministerstwa, które uznało wybór za prawomocny. Przeciwnicy wyboru lekarza nie dali za wygraną i odnieśli się do trybunału administracyjnego, który ostatecznie orzekł, że wybór jest ważny.

Tym sposobem rozstrzygniętą została zasadnicza sprawa wybieralności lekarzy powiatowych do Rad powiatowych. W Galicyi jest blizko 100 lekarzy powiatowych, ludzi wpływowych, wykształconych i dobrze z natury swego zawodu poinformowanych. Udział ich w zarządzie powiatu, bodaj tylko w zakresie zdrowia publicznego, przynieść musi zbawienne skutki i z tego względu orzeczenie trybunału administracyjnego powinno dojść do wiadomości nietylko lekarzy powiatowych, lecz i wyborców.

* Okólnik ministra spraw wewnętrznych, wydany d. 14 lipca 1902 r., w sprawie zwalczania gruźlicy, został przełożony na język polski i rozesłany przez Magistrat krakowski lekarzom miejscowym. Magistrat zwraca uwagę lekarzy na obowiązek donoszenia władzy o chorobach zakaźnych, który p. minister rozciągnął i na gruźlicę.

Ponieważ gruźlica stanowi typ odrębny, nie dający się zestawić z typem innych chorób zakaźnych, przeto i obowiązek, włożony na lekarzy donoszenia władzy o przypadkach gruźlicy, musi ulegać odrębnej normie, o której niezawodnie pouczy lekarzy gminny zarząd sanitarny.

* D. 21 b. m. odbyła się pod przewodnictwem ministra oświaty Dr. Hartla konferencya w sprawie rewizyi nowej ordynacyi dla ścisłych

*) List Dra Chrząszczewskiego umieszczamy ze względu na to, że opisuje on fakt ponoś wcale nie odosobniony, a znamionujący raz jeszcze nałogową skłonność do wyzyskiwania lekarzy, tak nie licującą z powagą najwyższej władzy w kraju.

egzaminów lekarskich, w której wziął udział szef sekcyi Dr. Kusy, oraz referenci ministerstwa oświaty i zastępcy wydziałów lekarskich wszystkich uniwersytetów.

Niebawem, jako wynik tych konferencyj, ma się ukazać rozporządzenie ministerstwa wyznań i oświaty, a z ustawy rygorozalnej, wydanej przed kilku laty, pozostanie ponoś tylko wspomnienie i ogólne przeświadczenie, że została wydaną pośpiesznie, bez gruntownego zbadania przedmiotu.

* Wydział lekarski Uniw. lwowskiego zamianował Dr. Teodora Bohosiewicza docentem dentystyki.

* Lekarze pracujący w zakładach teoretycznych i klinikach Uniwersytetu lwowskiego złożyli za pośrednictwem kol. Dr. Stanisława Eljasza-Radzikowskiego kwotę 33 K. na fundusz wdów i sierot po lekarzach w Towarzystwie lekarzy galicyjskich, zamiast wieńca na trumnę ś. p. Prof. Dr. Wacława Sobierańskiego.

* W statystyce samobójstw w miastach, Wiedeń ciągle jeszcze zajmuje naczelne miejsce. Dwa najsilniejsze czynniki życia: miłość i głód odgrywają, co do częstości, pierwszorzędną rolę. Liczba samobójstw w Wiedniu w r. 1902 wynosiła 453, nie licząc 467 targnięć się na własne życie nie zakończonych śmiercią. Liczba samobójczyń podskoczyła z 57 na 124. Nieszczęśliwa miłość podała broń w rękę 160 razy, ubóstwo — 158, zaburzenia umysłowe — 127, domowe utrapienia — 72, straty pieniężne — 19.

* Kongres niemieckich chirurgów, z powodu międzynarodowego Kongresu madryckiego, nie odbędzie się jak zwykle podczas Wielkiejnocy, lecz dopiero 2 czerwca.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień V. (1—7—II). Ludność średnia roczna wynosi 95,925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 45, urodziło się dzieci 64, zmarło osób 56, mianowicie: z gruźlicy 13 (4 zam.), z zapalenia płuc 14 (1 zam.), z błonicy 1 (zam.), z płonicy 2 (zam.), z cholery niemowląt 4.

* Między 11 a 17 lutego doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: brzeskim (1 gm.), dobromilskim (1 gm.), drohobyckim (1 gm.), horodeńskim (2 gm.), przemyślańskim (1 gm.), rawskim (4 gm.), rohatyńskim (1 gm.), skałackim (1 gm.), stryjskim (1 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Docent Wołkowicz mianowany profesorem chirurgicznej kliniki. Profesorowie nadzwyczajni: Kosorotow, T. Pawłow i Czystowicz mianowani prof. zwyczajnymi w Petersburgu.

Nekrologia. Dr. Mieczysław Marynowski, starszy lekarz powiatowy zmarł w Jarosławiu, nabawiwszy się duru w czasie pełnienia obowiązków swego urzędu. Dr. Teofila Cohnówna zmarła we wsi kowale Pańskie (gub. kaliska). Dr. Władysław Bujnicki, lat 53, zmarł w Ekaterynoburgu. Dr. Galozzi, prof. chirurgii, zmarł w Neapolu.

Bibliografia:

— *Krytyka lekarska* Nr. 2. Hoyer: O pracowniach naukowych (dok.). Wrzosek: Listy Jędrzeja Śniadeckiego do ks. Ad. Czartoryskiego (dok.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 7. Wróblewski: Powikłania zdarzające się przy usuwaniu migdałków podniebiennych. Bucelski: Cierpienia układu mózgo-rdzeniowego, poprzedzające bezwład postępujący lub z nim współistniejące. Zaduma, padaczka Iacksona i bezwład postępujący (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 7. Frączkiewicz: O wodzie krościeńskiej. Steinhaus: Nabłoniaki, powstałe z nabłonka kosmówki u mężczyzn. Jakimiak: Przypadek obustronnego podkrukowego wywichnięcia ramion.

— *Postęp okulistyczny* (styczeń). Strzemiński: Dwa przypadki zwyrodnienia pierścieniowatego siatkówki *(retinitis circinata)*. Bałaban: Mięczak zaraźliwy *(molluscum contagiosum)* spojówki gałkowej.

— *Przegląd higieniczny* Nr. 2. J. Rosner: Chorobliwość i śmiertelność we Lwowie w r. 1902. Szpilman: Dr. Behringa jenneryzacya jako środek zwalczania gruźlicy bydła (dok.).

Liečnički Viestnik Nr. 2. Biankini: Slučaj 20 dnevne absolutne corticalno- otorične aphazie, izlečene trepanaciom. Tauszk: Gynaekoložka kazuistika. Ernst: Keratitis marginalis superficialis.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 7. Wiesner: Pathologie smichu (c. d.). Babák: O podnětech činných v ontogenese. Hausman: Operativni léčeni rakoviny děložni (c. d.). Slavik: Zločin dle čl. 152 a 155 lit *a)* tr. z. ci. přestupek dle čl. 411 tr. z.?

— *La Presse médicale* Nr. 13. Vaguez: O niektórych arytmiach tętna w stosunku do nowych postulatów fizyologii. Guiset: Leczenie chirurgiczne ropnego zapalenia kości sitowej. Béclère: Radiografia bryłowata (stereoskopijna) kamyków moczowych.

— Nr. 14. Tuffier i Mauté: Oznaczenie sprawności nerek z chirurgicznego punktu widzenia. Bonnier: Nowy spółobjaw opuszkowy *(bulbaire)*.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 7. Hausmann: Gruźlica z prątków które dostały się do przewodu pokarmowego. Krebs: W sprawie hartowania. Bittorf: Ostre zapalenie jelita esowatego, wywołane zastoiną zbitego kału. Albu: Dalsze przyczynki do nauki o gniciu w kiszkach.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 8. Schopf: Przepuklina zatyczna *(hernia obturatoria)* trąbki i jajnika po stronie lewej. Würzel: Rumień lombardzki z uwzględnieniem jego występowania w południowej części Bukowiny. Blau: O rozszerzaniu szyi macicznej przyrządem Bossiego.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 7. Pfister: Wychowanie i leczenie w domu i szkole obciążonych umysłowo. Curschmann: Histeryczne przyśpieszenie oddechania przy organicznych schorzeniach serca. Lange: Nowe wkłady z celuloidu i druta stalowego przy nodze płaskiej. Stadler: Przypadek porażenia u grających na dętych instrumentach. Zia: Szkolna epidemia zapalenia spojówek, oraz niektóre ogólne uwagi o zarządzeniach lekarskich podczas szkolnych epidemij. Bender: Etyologia wyższego ustawienia łopatki. Gessner: Kazuistyczny przypadek rodzinnego niedołęstwa umysłowego w połączeniu ze ślepotą. Traugott: Przypadek histeryi urazowej, wywołanej przez wypadek, nie kwalifikujący się do wypłacenia policy ubezpieczemowej, prędko wyleczony na drodze leczenia psychicznego. Burger: Czy łożysko przodujące może występować bez krwawienia?

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 8. Most: O nadżarciach wywołanych wcieraniem mydła. Enslin: O rozpoznawczej wartości tuberkuliny w miąższowem zapaleniu rogówki. Moser: Mięśnio-mięsak żołądka. Heusner: Nowy przyrząd do następowego leczenia wrodzonego zwichnięcia w stawie kulszowym. Vessely: Doświadczenia z wstrzykiwaniami spojówkowemi (dok.). Rost: Czy kw. borowy i boraks są skuteczne a nieszkodliwe dla ustroju ludzkiego? (dok.)

Redakcya otrzymała. Rozprawy wydziału matematyczno-przyrodniczego Akademii Umiejętności (Serya III Tom II Dział A. i Dział B.). Biegański: Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych i Sokołowski: Choroby górnego odcinka dróg oddechowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, d. 4 marca, o godzinie 6-tej wieczorem, ***w klinice chirurgicznej*** posiedzenie zwyczajne, na którem kolega prof. Kader przedstawi i omówi przypadki kliniczne z dziedziny chirurgii: czaszki i mózgu, nerek, jelit, narządu słuchowego, wreszcie chirurgii ortopedycznej.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.